

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ELIETH LESSA FONSECA

A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA AO CUIDAR DE BEBÊS NASCIDOS COM BAIXO
PESO NOS PRIMEIROS SEIS MESES APÓS A ALTA HOSPITALAR

MARINGÁ
2009

ELIETH LESSA FONSECA

A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA AO CUIDAR DE BEBÊS NASCIDOS COM BAIXO PESO NOS SEIS PRIMEIROS MESES APÓS A ALTA HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: A Enfermagem e o Processo do Cuidado.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Silva Marcon

MARINGÁ
2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

F676e Fonseca, Elieth Lessa
A experiência da família ao cuidar de bebês nascidos com
baixo peso nos primeiros seis meses após a alta hospitalar
/ Elieth Lessa Fonseca. -- Maringá : [s.n.], 2009.
142 f.

Orientador : Prof. Dr. Sonia Silva Marcon.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Maringá. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2009.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Bebê de baixo peso -
Cuidado domiciliar. 3. Bebê de baixo peso - Relações
familiares. 4. Bebê de baixo peso - Alta hospitalar. 5.
Bebê de baixo peso - Alta hospitalar - Aspectos de cuidados
domiciliares. I. Universidade Estadual de Maringá. Programa
de Pós-graduação em Enfermagem.

Cdd 21.ed. 618.9200231

ELIETH LESSA FONSECA

A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA AO CUIDAR DE BEBÊS NASCIDOS COM BAIXO PESO NOS SEIS PRIMEIROS MESES APÓS A ALTA HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: A Enfermagem e o Processo do Cuidado.

Aprovado em: 27 de fevereiro de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Sonia Silva Marcon (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Giselle Dupas
Universidade Federal de São Carlos

Prof^a. Dr^a. Luciana Olga Bercini
Universidade Estadual de Maringá

Dedico este estudo

Aos meus pais, Luiza e Pedro, que me ensinaram o valor da família;

Ao Delmar, meu esposo, com quem constituí uma linda família, e tem sido o companheiro certo nas horas incertas, com muito amor;

Aos meus filhos, Délisson, Larissa e Caroline, que respeitaram minha ausência e com quem compartilho o meu viver em família.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela certeza da sua ajuda em todos os momentos, dando-me sabedoria na composição deste trabalho e coragem para transpor os obstáculos até o término do mesmo;

A meus pais, Pedro e Luiza, pela lição de vida, por acreditarem no meu potencial e me apoiarem nessa caminhada, pelo acolhimento amoroso sempre que me encontrava exausta, sendo um bálsamo para minha vida;

A meu esposo, Delmar, que sempre me incentivou e esteve ao meu lado, colaborando de todas as maneiras para que a minha caminhada fosse menos sofrida, amando-me incondicionalmente. EU TE AMO!

Às minhas filhas, Caroline e Larissa, por suas sugestões criativas, organização da bibliografia para consulta e pela importante colaboração na transcrição e digitação das entrevistas para preparação deste trabalho;

Ao meu filho, Déliison, que sempre compreendeu minha distância dos seus projetos e, mesmo de longe, sempre me incentivou;

À Professora Dr^a. Sônia Silva Marcon, pela orientação no desenvolvimento deste trabalho e por me ensinar a busca do conhecimento científico, de maneira firme, mas respeitando minha forma de construir este trabalho;

Às Professoras Dr^a. Gisele Dupas e Dr^a. Luciana Olga Bercini, pela participação na banca examinadora, enriquecendo o conteúdo deste trabalho;

À Mantenedora e Administração do Instituto Adventista Paranaense, pela confiança no meu potencial frente a esse desafio, pelo apoio financeiro e liberação do tempo para que desenvolvesse esta pesquisa. Especialmente pelas palavras de incentivo nos momentos de incertezas e desânimo, obrigado Pr. Flávio Pasini, Sr. Elton e Professor Mestre Luis Daniel;

À Professora Noely Santos, por sua amizade e disposição em me acolher, ouvir minhas inseguranças e dúvidas e por suas sábias palavras a respeito do que é

fazer pesquisa. Por sua colaboração competente junto ao Curso de Enfermagem do IAP nas minhas ausências;

À Taniara, pelo empenho e prestatividade ao conduzir eticamente os trabalhos da secretaria do Curso de Graduação em Enfermagem, que coordeno, no Instituto Adventista Paranaense;

À Elizabete, minha secretária do lar, por assumir não apenas suas responsabilidades, mas pelas vezes que andou a segunda milha para facilitar o meu dia-a-dia, aumentando a disponibilidade para o mestrado, pelo carinho e amizade dedicados a todos da minha família;

À “turma” do mestrado – Juliana, Fernanda, Marli, Mara, Kellen, Jéssica, Kelly, Janaina e Geisa – novas amigadas conquistadas que, no convívio deste período, ensinaram-me lições valiosas: persistência, organização, companheirismo e muita garra, sem esquecer a criatividade e o bom humor;

Às amigas e colegas de profissão, Fernanda, Juliana, Cláudia, Mislaine, Rosemeire, Edilene, Sueli, Márcia, Marieta, Silvana, por contribuírem com essa conquista, até mesmo sem perceberem, pelo ombro amigo nos momentos de tristeza e desânimo, pelos bons momentos passados juntas durante este período;

À Prof^a. Dr^a. Angélica, pelo acolhimento e cuidado humano quando ainda era apenas aluna não-regular deste Programa de Mestrado e por suas contribuições no anteprojeto deste estudo;

Aos professores do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, pela disponibilidade em compartilhar o saber, respeitando as diferenças e valorizando cada conquista;

À Cristiane, secretária do Mestrado da Universidade Estadual de Maringá, pela serenidade e boas maneiras no atendimento às minhas solicitações que, mesmo sem perceber, contribuiu com estímulo a persistir nesta caminhada;

Às famílias participantes do estudo, especialmente às mães, meu afeto e minha eterna gratidão. Vocês me motivaram a continuar a busca pela compreensão da experiência ao cuidar do recém-nascido de baixo peso.

Aprende que heróis são pessoas que fizeram o que era necessário fazer, enfrentando as consequências. Aprende que não importa em quantos pedaços seu coração foi partido, o mundo não pára, para que você junte seus cacos. E você aprende realmente que pode suportar [...] que realmente é forte, e que pode ir mais longe, depois de pensar que não pode mais.

(Shakespeare)

FONSECA, Elieth Lessa. **A experiência da família ao cuidar de bebês nascidos com baixo peso nos primeiros seis meses após a alta hospitalar**. 2009. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Silva Marcon. Maringá, PR, 2009.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar como é para a família a experiência de cuidar, no domicílio, de uma criança nascida com baixo peso nos primeiros seis meses após a alta hospitalar. Trata-se de um estudo descritivo longitudinal, de caráter qualitativo, desenvolvido junto a seis famílias residentes em Maringá-PR. Os dados foram coletados no período de fevereiro a setembro de 2008, por meio de entrevistas semi-estruturadas gravadas e observação não-sistematizada, em quatro encontros: uma semana, um mês, três e seis meses após a alta hospitalar. Para análise das informações, adotou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), da qual emergiram cinco categorias temáticas: sentimentos decorrentes da presença do bebê em casa; cuidados cotidianos com o bebê; rede de apoio à família após a alta hospitalar; enfrentamento de intercorrências na saúde do bebê e dificuldades para cuidar. Os resultados revelaram que cuidar de um bebê de baixo peso constituiu para as famílias uma experiência intercalada por momentos alegres e angustiantes. O retorno para casa foi permeado por sentimentos de felicidade e tranquilidade, por significar, em primeira instância, que o bebê estava bem a ponto de ir para casa e significava oportunidade de dedicar amor e carinho ao novo membro familiar. A realidade vivenciada no dia-a-dia, no entanto, desencadeou uma série de sentimentos e a insegurança e o medo, seja da necessidade de reinternação, de perder o bebê ou de não conseguir cuidar adequadamente dele, foram os mais frequentes. No domicílio, as mães, principais responsáveis pelos cuidados físicos e psicoafetivos do bebê, agiam de acordo com suas crenças e experiências anteriores, com valorização das orientações profissionais, sobretudo quanto aos cuidados para evitar perda de peso do bebê. Para tanto, elas reproduziram os cuidados realizados no hospital, inclusive algumas adotaram o complemento alimentar da mesma forma como era feito no hospital. A ajuda da rede de apoio foi valorizada pelas famílias, destacando a participação do pai e avós tanto no cuidado com o bebê como também no dos outros filhos ou nas tarefas domésticas. Diante das intercorrências na saúde do bebê, foi evidente a atuação das mães, com seus próprios recursos, na busca de orientações junto a familiares mais experientes ou na busca por atenção médica. Nestes primeiros meses no domicílio, as famílias perceberam diversas dificuldades para cuidar do bebê de baixo peso, e destacaram a dificuldade de acesso aos profissionais de saúde e a alguns serviços de saúde, o que as levou a fazerem um plano de saúde para a criança, mesmo com dificuldade financeira. Outras dificuldades referidas estavam relacionadas à rotina diária; características dos bebês de baixo peso e prematuros; bem como condições financeiras; pessoais e a necessidade de retorno ao trabalho. No decorrer do período em estudo, as famílias, por meio de suas mães, mostraram-se mais fortalecidas e seguras em relação ao cuidado com o bebê de baixo peso. Concluiu-se que as famílias dos bebês de baixo peso deste estudo apresentaram necessidades de acompanhamento profissional após a alta hospitalar, pela complexidade do momento que vivenciavam, mas a

equipe de saúde não esteve presente no domicílio para o acompanhamento do bebê de baixo peso e a enfermagem praticamente permaneceu invisível para as famílias desses bebês após a alta hospitalar. Um acompanhamento domiciliar, valorizando a participação das famílias com suas crenças e conhecimentos poderiam influenciar positivamente a qualidade dos cuidados oferecidos por elas aos seus bebês de baixo peso, garantindo crescimento e desenvolvimento adequados ou, pelo menos, com mais qualidade de vida para aqueles bebês com sequelas irreversíveis. Portanto é urgente que todos, gestores e profissionais, “envolvam-se” para que as práticas de cuidado ao bebê de baixo peso se aproximem daquilo que é proposto teoricamente e recomendado, há algum tempo, no âmbito das políticas públicas sobre o cuidado à saúde da criança.

Palavras-chave: Cuidado do lactente. Saúde da criança. Enfermagem pediátrica. Família. Atenção primária à saúde. Cuidados domiciliares. Relações familiares.

FONSECA, Elieth Lessa. **The experience of the family on taking care of low birth weight babies during the first six months after hospital discharge.** 2009. 142 f. Dissertation (Masters Degree in Nursing)–Graduate Program in Nursing, State University of Maringá. Professor: Prof^{fa}. Dr^a. Sonia Silva Marcon. Maringá, PR, 2009.

ABSTRACT

The goal of this study was to identify how it is for the family to take care, at home, of a low birth weight child during the first six months after hospital discharge. This is a longitudinal descriptive study of qualitative approach and it was developed together with six families living in Maringá, PR – Brazil. The data was collected from February to September 2008 through recorded semi-structured interviews and non-systematic observation in four meetings: one week, one month, three and six months after hospital discharge. To analyze the information, the content analysis proposed by Bardin (1977) was used, from which five thematic categories emerged: feelings resulting from the presence of the baby at home; daily baby care; family support network after hospital discharge; facing baby health incidents and difficulties in caring. Results revealed that taking care of a low weight baby was, for the families, an experience interchanged with cheerful and anguishing moments. Homecoming was filled with happy feelings and tranquility as it meant, at first instance, that the baby was ready to go home and it consisted in an opportunity to dedicate love and affection to the new family member. The reality experienced day by day, however, unleashed a series of feelings and the apprehension and fear, be it of hospital readmission, of losing the baby or of not being able to provide him proper care were the most frequent. At home, the mothers (main responsible ones for the baby physical and psycho-affective care) acted according to their beliefs and previous experiences, valuing professional orientation especially on how to prevent the baby from losing weight. Therefore, they reproduced the hospital care at home. Some of them even made use of the diet supplement the same way it was done at the hospital. The help from the support network was valued by the families, highlighting the participation of the father and grandfathers while caring for the baby as well as for the other children or on domestic chores. Facing incidents concerning the baby's health, mothers showed themselves active, using their own means to seek for orientation from more experienced relatives or medical attention. On these first months at home, families perceived several difficulties while caring for a low birth weight baby and highlighted the difficulty to reach healthcare professionals and some of the healthcare services, which lead them to pay for a private healthcare plan for the child, even though facing financial problems. Other mentioned difficulties were related to the daily routine, characteristics of the low birth weight and premature babies, financial situation, personal issues and the necessity to get back to work. As the period of the study elapsed, the families (through their mothers) showed themselves to be strengthened and secure concerning low birth weight baby care. The conclusion was that the families from these low birth weight babies in study presented the need of professional follow-up after hospital discharge, due to the complexity of the situation they were experiencing. The healthcare team, though, was not present at their homes for the follow-up on the low birth weight babies and the nursing remained practically invisible to the families of these babies after hospital discharge. Home care valuing the families' participation with their beliefs and

knowledge could positively influence the quality of the care offered by them to their low birth weight babies, ensuring adequate growth and development or, at least, a better quality of life for those babies with irreversible sequelae. Therefore, it is urgent that everyone, supervisors and professionals, get involved so that the care practices to low birth weight babies be close to what is being theoretically proposed and recommended for some time now when it comes to public policies on child healthcare.

Keywords: Infant care. Child health. Pediatric nursing. Family. Primary health care. Home care. Family relations.

FONSECA, Elieth Lessa. **La experiencia de la familia en los cuidados con bebés nacidos con bajo peso en los primeros seis meses después del alta hospitalaria**. 2009. 142 f. Tesis (Maestría en Enfermería)–Programa de Post Grado en Enfermería, Universidad Estadual de Maringá. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Silva Marcon. Maringá, PR, 2009.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar que significa para la familia la experiencia de cuidar, en casa, de un niño que nació con muy bajo peso en los primeros seis meses después del alta hospitalaria. Tratase de un estudio descriptivo longitudinal, de carácter cualitativo, desarrollado junto a las seis familias que viven en Maringá, PR. El período de recogida de los datos fue desde febrero hasta septiembre de 2008, por medio de entrevistas semi-estructuradas grabadas y observación no sistematizada, en cuatro encuentros: una semana, un mes, tres y seis meses después del alta hospitalaria. Para análisis de las informaciones, adoptose la análisis de contenido propuesta por Bardin (1977), de la cual emergieron cinco categorías temáticas: sentimientos causados por la presencia del bebé en la casa, cuidados cotidianos con el bebé, organización de apoyo a la familia después del alta hospitalaria, enfrentamiento de ocurrencias en la salud del bebé y dificultades para cuidar. Los resultados revelaran que cuidar de un bebé con bajo peso constituyo para las familias una experiencia entrecruzada de momentos felices y angustiantes. El retorno a la casa fue lleno de sentimientos de felicidad y tranquilidad, por significar, en primer momento, que el bebé estaba bien, porque iba a la casa, y significaba la oportunidad de dedicar amor y cariño al nuevo miembro de la familia. La realidad vivida en el cotidiano, entretanto, desencadena una serie de sentimientos y la inseguridad y el miedo, sea de la necesidad de volver al hospital, de perder el bebé o de no lograr cuidar adecuadamente de él, fueron los más frecuentes. En casa las madres, principales responsables por los cuidados físicos y psicoafectivos del bebé, actuaban de acuerdo con sus creencias y experiencias anteriores, con la valoración de las orientaciones profesionales, sobretudo, cuanto a los cuidados para evitar la pérdida de peso del bebé. Por lo tanto, ellas rehicieron los cuidados sucedidos en el hospital, incluso algunas adoptaron el complemento alimentar de la misma manera que pasaba en el hospital. La ayuda de la organización de apoyo fue valorada por las familias, destacándose la participación del padre y abuelos tanto en el cuidado con el bebé, como también en lo de los otros hijos o en las tareas de la casa. Frente a las ocurrencias en la salud del bebé, fue evidente la actuación de las madres, con sus propios medios, en la búsqueda por orientaciones junto a familiares más expertos o en la búsqueda por atención médica. En estos primeros meses en la casa, las familias percibieron muchas dificultades para cuidar del bebé abajo del peso, y destacaron la dificultad de acceso a los profesionales de salud y a algunos servicios de salud, lo que las llevo a la compra de un plan de salud para el niño, mismo con dificultades financieras. Otras dificultades nombradas estaban relacionadas a la rutina diaria, características de los bebés de bajo peso y prematuros, bien como condiciones financieras, personales y la necesidad de regreso al trabajo. En el decorrer del periodo del estudio, las familias, por medio de las madres, si presentaron más fortalecidas y seguras en relación al cuidado con el bebé de bajo peso. Concluyese que las familias de los bebés con bajo peso de este

estudio presentaron necesidades de acompañamiento profesional después del alta hospitalaria, por la complejidad del momento que vivían, pero el equipo de salud no estuvo presente en la casa para acompañamiento del bebé con bajo peso y la enfermería prácticamente permaneció invisible para las familias de estos bebés después del alta hospitalaria. Un acompañamiento hecho en la casa, valorando la participación de las familias, con sus creencias y conocimientos podría influir positivamente en la calidad de los cuidados ofrecidos por ellas a sus bebés con bajo peso, garantizando crecimiento y desarrollo adecuado o, por lo menos, con más calidad de vida para aquellos bebés con secuelas irreversibles. Por lo tanto, es urgente que todos, administradores y profesionales, “involúcrense” para que las prácticas de cuidado con el bebé con bajo peso se acerquen de lo que es propuesto teóricamente y recomendado, desde hace tiempo, en el ámbito de las políticas públicas a respecto del cuidado a salud del niño.

Palabras-clave: Cuidado del lactante. Salud del niño. Enfermería pediátrica. Familia. Atención primaria a la salud. Cuidados domiciliarios. Relaciones familiares.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Dados referentes às famílias participantes do estudo	38
Quadro 2	Dados referentes aos bebês de baixo peso participantes do estudo	39
Quadro 3	Categorias temáticas	52
Quadro 4	Sentimentos positivos e negativos expressos pela família	52
Quadro 5	Sentimentos positivos expressos pela família	53
Quadro 6	Sentimentos negativos expressos pela família	57
Quadro 7	Cuidados cotidianos com o bebê	63
Quadro 8	Rede de apoio à família após a alta hospitalar	82
Quadro 9	Intercorrências na saúde do bebê e recursos utilizados pelas famílias	95
Quadro 10	Dificuldades para cuidar do bebê após a alta hospitalar	104

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

BBP	Bebês de Baixo Peso
BP	Baixo Peso
BPN	Baixo Peso ao Nascer
ESF	Equipe de Saúde da Família
IG	Idade Gestacional
MMC	Método Mãe Canguru
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Perímetro Cefálico
PE	Prematuro Extremo
PSF	Programa de Saúde da Família
RCI	Crescimento Intra-Uterino
RN	Recém-Nascido
SNG	Sonda Nasogástrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Televisão
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund (<i>Fundo das Nações Unidas para as Crianças</i>)
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO.....	19
1.2	O BEBÊ DE BAIXO PESO E O CUIDADO NO DOMICÍLIO.....	21
2	OBJETIVOS	28
2.1	GERAL.....	28
2.2	ESPECÍFICOS.....	28
3	PERCURSO METODOLÓGICO	29
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	29
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	30
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	31
3.4	COLETA DE DADOS.....	32
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	33
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	36
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
4.1	CONHECENDO AS FAMÍLIAS E SEUS BEBÊS NO CONTEXTO DOMICILIAR.....	38
4.1.1	Família Atenção	40
4.1.2	Família Apoio	43
4.1.3	Família Carinho	44
4.1.4	Família Alegria	46
4.1.5	Família Amor	48
4.1.6	Família Esperança	50
4.2	A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR NO DOMICÍLIO.....	51

4.2.1	Sentimentos decorrentes da presença do bebê em casa.....	52
4.2.2	Cuidados cotidianos com o bebê.....	62
4.2.3	Rede de apoio à família após a alta hospitalar.....	81
4.2.4	Enfrentando intercorrências na saúde do bebê.....	94
4.2.5	Dificuldades para cuidar.....	104
5	REFLETINDO SOBRE A EXPERIÊNCIA JUNTO ÀS FAMÍLIAS.....	115
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
	REFERÊNCIAS.....	122

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo será apresentado todo percurso para escolha do tema deste estudo e a busca na literatura para contextualização do mesmo, reunindo dados de estudos recentes que apresentam questões relacionadas as repercussões do nascimento de baixo peso para o desenvolvimento do bebê e os reflexos na vida familiar.

1.1 MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

Este estudo emergiu de minha inquietação sobre a vivência das famílias no cuidado ao Bebê de Baixo Peso (BBP) após a alta hospitalar.

Ainda na graduação, em São Paulo, aconteceu meu primeiro contato com famílias e bebês. Embora nessa época – anos 1980 – o ensino de enfermagem fosse carente de conteúdo específico para o cuidado da família e seu bebê, a afinidade com o tema crescia. E assim, ao vivenciar a falta de recursos para lidar com a problemática inerente a essa fase da vida e as rotinas burocráticas dos serviços de saúde, ficava evidente a necessidade de profissionais capacitados para lidar com essa clientela.

Essa inquietação permaneceu latente até o início de minha trajetória profissional quando assumi a gerência de enfermagem de um hospital municipal de pequeno porte no Norte do Paraná. Com a maioria dos atendimentos em obstetrícia e neonatologia, pude identificar as principais características dessa fase na vida da mulher, bem como as etapas do desenvolvimento da família. Foi também nesse período, dirigindo uma equipe de enfermagem que atuava na assistência direta ao parto, que notei o quanto a enfermagem poderia realizar um cuidado voltado para a família e seu bebê.

Após cinco anos de vivência profissional, novos conceitos e experiências foram acrescentados graças a duas atividades concomitantes na década de 1990: a

atuação como enfermeira assistencial numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e o início da especialização em Enfermagem Neonatal. A volta à academia possibilitou o conhecimento de teorias e estratégias que subsidiaram uma maior aproximação às famílias não só no ambiente hospitalar, mas também em seu domicílio. Com a experiência de trabalhos acadêmicos de acompanhamento a bebês prematuros e de baixo peso (BP), descobri uma enfermagem autônoma e segura, sem esquecer a importância de um trabalho articulado com outros profissionais.

Iniciava, assim, a construção de um novo olhar para o cuidado das famílias e seus bebês, tendo por base o cuidado próprio e científico aos bebês prematuros e de BP.

Em 1992, desenvolvendo a disciplina de Enfermagem Materno-Infantil em uma Universidade Paulista, realizava o acompanhamento das práticas para os alunos no berçário. Num momento em que ainda não se praticava o alojamento conjunto nos hospitais, procurava apresentar aos alunos todo o contexto em que o evento do nascimento estava inserido, esclarecendo que a participação da família nos cuidados ao bebê deveria ser valorizada e que a mesma também deveria ser cuidada.

Mas foi a partir do ano de 1996, ao atuar em uma Universidade Pública do Noroeste do Paraná, como responsável pela disciplina de Saúde da Criança, que a experiência de acompanhamento domiciliar mais uma vez eclodiu e sob nova perspectiva. O serviço hospitalar já apresentava algumas mudanças e a família podia acompanhar seus filhos durante a internação, mesmo que mal acomodados, em pouco espaço, dentro das enfermarias. Como o estágio transcorria durante todo período letivo na unidade pediátrica, foi fácil fazer algumas constatações: com frequência, algumas crianças eram reinternadas, o ambiente era tenso, mães cansadas e irritadas.

Com o objetivo de reverter esse quadro, desenvolvemos com os alunos dois projetos: Grupo para Mães de Crianças Internadas, com oficinas de orientações e atividades lúdicas e Acompanhamento Domiciliar após a Alta Hospitalar de Crianças com Risco para Reinternação. Essa experiência foi positiva para todos: docente, alunos, famílias e crianças – antecipando para aquelas famílias e suas crianças benefícios previstos com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e a reestruturação da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Ao conduzir este estudo com famílias de BBP, a intenção foi retomar as questões relacionadas com o cuidado familiar aos seus filhos. Por seis meses, vivenciei o cuidado ao BBP, acompanhando as famílias em seu domicílio após a alta hospitalar. Dessa maneira, o presente estudo traduz a busca por subsídios para uma enfermagem transformadora, que sonha com uma profissão autônoma e um profissional encantado, preparado para um cuidar que se importe com as reais necessidades dos indivíduos e que respeite suas crenças e o seu contexto de vida.

1.2 O BEBÊ DE BAIXO PESO E O CUIDADO NO DOMICÍLIO

A cada ano nascem no mundo 20 milhões de BBP, sendo de grande importância social, por causar forte impacto clínico e epidemiológico. Contribui de maneira substancial para a elevada taxa de morbimortalidade neonatal ainda existente em várias regiões, em particular nos países pobres (CAMIÑA, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004; SCHIRMER; POTUGUEZ; NUNES, 2006).

Segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) – 10. Revisão de Classificação Internacional de Doenças – CID10 (1994), para agrupar e categorizar o peso ao nascer, classifica-se, como baixo peso ao nascer (BPN), o recém-nascido (RN) cujo peso seja inferior a 2.500g e, como prematuros de muito baixo peso, aqueles nascidos com menos de 1500g. Segre (2002) acrescenta a esta classificação que os nascidos com menos de 1000g são considerados como prematuro extremo (PE).

As taxas de BBP incluem dois grupos: aqueles nascidos prematuramente e os nascidos com BP por retardo do crescimento intra-uterino (RCI). Em países desenvolvidos, o nascimento de BBP é decorrente, sobretudo, de partos prematuros, observados em dois terços dos nascimentos de bebês com BPN. Para os países em desenvolvimento, esta ocorrência se deve, na maioria das vezes, ao RCI (CARNIEL; ZANOLLI; ANTÔNIO; MORCILLO, 2008).

Nascimento e Gotlieb (2001) salientam que a ocorrência de BPN varia entre países, e é, inclusive, um indicador geral do nível de saúde de uma população, por estar altamente associado às condições socioeconômicas. Assim, em

Bangladesh e na Índia, segundo dados do UNICEF (2000), a proporção de RN de BP peso era de 50% e 33% respectivamente. Por outro lado, em países desenvolvidos, como Itália, França, Portugal, Suíça, Suécia e Espanha, a porcentagem de BPN variava entre 4% a 5%.

O BPN tem sido objeto de vários estudos em virtude de participação importante na mortalidade e morbidade infantis e riscos para a saúde na vida adulta. A taxa de mortalidade infantil (óbitos de menores de um ano de idade por cada mil nascidos vivos) no Brasil, em 2007, de acordo com dados do IBGE (2008), foi de 24,3 %, enquanto que, no Paraná, foi de 18,6 %. Porém dados preliminares do Sistema de Informações em Saúde registraram, para Maringá-PR, uma taxa de mortalidade infantil de 10,6% (PARANÁ, 2006).

Embora os RN de BP compreendam cerca de 7% de todos os nascimentos, eles são responsáveis por dois terços do total de mortes neonatais – aquelas ocorridas nos primeiros 27 dias de vida (SOUSA, 2007).

Resultados de um estudo realizado em Maringá-PR descobriram que 7,7% dos RN, em 2003 e 2004, apresentaram BPN (<2.500 gramas). Deste grupo, 93,1% dos neonatos conseguiram sobreviver até o período do estudo. Em contrapartida, dos 56 óbitos ocorridos, 44 (78,6%) faleceram com peso inferior a 2.500 gramas, confirmando a relação entre BPN e mortalidade neonatal (MARAN, 2006).

Estudos têm confirmado que, além do alto índice de mortalidade entre os BBP, a chance de sobrevivência e a qualidade de vida das crianças, determinada por repercussões no seu desenvolvimento neurológico e intelectual, têm relação direta com o peso. Isto é, quanto menor o peso ao nascer, maior o risco de óbito (ALMEIDA; BARROS, 2004; NASCIMENTO; GOTLIEB, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Em estudo, no qual foram analisados 35 prontuários de crianças menores de um ano, foram registrados 24 episódios mórbidos durante o primeiro ano de vida, que necessitaram de atendimento profissional (LEITE; BERCINI, 2005).

A evolução tecnológica elevou as chances de sobrevivência dos bebês de risco, porém nos coloca frente a uma realidade bastante complexa, na qual um número crescente de bebês provenientes de UTIN apresenta déficit motores, sensoriais e dificuldade de aprendizagem (SILVA, 2002).

Além dos riscos de desvios no seu desenvolvimento pela maior sensibilidade às doenças, os BBP também estão expostos a fatores iatrogênicos, como longo tempo em isolamento na incubadora, efeitos secundários de medicamentos, ventilação mecânica e a manipulação prolongada (STOELHORT; RIJKEN; MARTENS; ZWIETEN; FREENSTRA; ZWINDERMAN et al., 2003; VOHR; WRIGHT; DUSICK, 2000), levando à manifestação de distúrbios. Por exemplo, a incidência de perda auditiva neurossensorial bilateral em neonatos saudáveis é de um a três neonatos em cada mil nascidos vivos e cerca de 20 a 40 para cada mil nos procedentes de UTIN (LEITURAS..., 2001; OLIVEIRA; CASTRO; RIBEIRO, 2002; SIMONEK, 2001). De acordo com Oliveira, Castro e Ribeiro (2002), a perda auditiva compromete definitivamente a aquisição da linguagem e a evolução social, emocional e acadêmica do bebê. Num estudo de avaliação da influência do peso no nascimento e idade gestacional para o desenvolvimento da linguagem, concluiu-se que bebês nascidos prematuros e com BP tinham maior risco de apresentar atraso na aquisição da linguagem, bem como baixa capacidade cognitiva (SCHIRMER; POTUGUEZ; NUNES, 2006). Desta maneira, a detecção precoce de qualquer perda auditiva poderá favorecer a aquisição da linguagem e os demais aspectos do desenvolvimento do bebê.

Nas primeiras semanas de vida, bebês prematuros acumulam um déficit significativo de nutrientes que não será substituído ao serem alimentados. Este déficit pode estar diretamente relacionado com o subsequente retardo do crescimento pós-natal, motivo pelos quais PEs internados em UTIN apresentam, nas primeiras semanas de vida, deficiência cumulativa de proteína e de energia (EMBLETON; PANG; COOKE, 2001), e são, entre outros fatores, bebês com maior dificuldade de amamentação e mais vulneráveis a doenças. (AERTS; DRACHLER; GIUGLIANI, 2004).

O nascimento de um bebê prematuro, segundo Silva (2002), tem repercussões na interação entre bebê-mãe. Como o vínculo se inicia dentro da UTIN, numa situação de estresse familiar, pode influenciar, negativamente, a condição do recebimento do bebê no domicílio. O estudo de Saigal, Burrws, Stoskopf, Rosenbaum e Streiner (2000) faz referência de que, à longo prazo, o efeito do nascimento de um bebê prematuro tem reflexos na condição da saúde dos próprios pais. Ante a influência desses fatores no cuidado dos BBP, há a

necessidade de um olhar diferenciado por parte dos profissionais de saúde no acompanhamento desse grupo após a alta hospitalar.

O governo, por meio do Ministério da Saúde (MS) e dos poderes públicos, tem estabelecido metas e várias medidas de atenção e proteção à criança. Para reduzir a mortalidade infantil no que se refere à atenção ao RN, recomenda garantir o acompanhamento do RN após a alta do hospital, mediante a implementação do programa da vigilância do RN de risco. O acompanhamento ambulatorial é realizado com o intuito de garantir a continuidade da assistência ao bebê e sua família; avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre o bebê e sua família; detectar e intervir nas situações de risco, como ganho de peso inadequado, sinais de refluxo gastroesofágico, infecções, apnéias, entre outros (BRASIL, 2002), assegurando que o bebê receba toda a assistência necessária.

É em relação a este ponto que queremos nos reportar. Em estudo realizado em 2007 junto a famílias de crianças nascidas prematuras e com muito baixo peso (MBP) nos anos de 1998 a 2000 em Maringá-PR, verificou-se que, apesar de seis das oito crianças em estudo terem sido consideradas PE e terem ficado internadas na UTIN cerca de três meses, as famílias, praticamente, ficaram à mercê da própria sorte após a alta hospitalar (ARRUDA, 2006).

Na época do nascimento das crianças daquele estudo, ainda não existia no município de Maringá, o “Programa Bebê de Risco”, que prioriza o atendimento de crianças nascidas dentro de critérios considerados de risco e que incluem: BPN (<2500g), pontuação do apgar ≤ 7 no 5º minuto de vida, duração de gestação inferior a 37 semanas e idade materna < 18 anos e ≥ 35 anos e nem existia, no Hospital Universitário, o ambulatório de acompanhamento para estas crianças.

As famílias daquele estudo, representadas por suas mães, revelaram que conviver com um filho nascido PMBP não é uma tarefa fácil, porque, desde o nascimento, enfrentam momentos de luta e buscam pela compreensão do diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde da criança. Todas elas revelaram ter sofrido muito ao se depararem, de forma inesperada, com sequelas e complicações, já que muitos dos problemas de saúde constatados, como o déficit motor, deficiência de aprendizagem e visual, retinopatia, agitação, paralisia cerebral, tetraplegia espática, entre outros, foram sendo percebidos e diagnosticados aos poucos, ou seja, ao longo dos anos e pela convivência e acompanhamentos médicos hospitalares. Segundo as informantes, os profissionais de saúde, via de

regra, não informaram e nem anteciparam possíveis acometimentos que as crianças pudessem vir a apresentar em sua trajetória de vida (ARRUDA, 2006).

Isto constitui um indicativo de que essas famílias despenderam uma enorme quantidade de tempo, energia física e envolvimento emocional, e que, muitas vezes, o cuidado a seus filhos aconteceu de maneira solitária, demonstrando a importância, portanto a necessidade, de um programa de acompanhamento multiprofissional, em que fossem avaliados e cuidados com qualidade, com todo suporte necessário, para favorecer o crescimento e desenvolvimento do bebê (RUGOLO, 2005).

O nascimento de um irmão, por si só, já altera o estilo de vida da família. Tal fato é particularmente exacerbado nos casos de nascimentos antecipados ou de crianças com necessidades especiais, com agravos à saúde, sendo fonte de mudanças na estrutura e dinâmica da família, especialmente da mãe. Espaços físicos, atenção e cuidados dos pais têm que ser divididos. Conflitos, rivalidades, sentimentos de perda e rejeição podem se manifestar. Embora compreendam a necessidade que o irmão especial tem dos cuidados maternos, os filhos se ressentem pelo afastamento dos pais. Competir com um irmão que, de fato, é especial torna-se muito difícil para eles, tornando-os, muitas vezes, ciumentos e ressentidos (PETEAN; SUGUIHURA, 2005; TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006), gerando muito estresse em todos os membros da família.

Após a alta hospitalar, esclarecem Moraes e Cabral (2004), a família se depara com novos desafios para o cuidado do BBP, devido à condição de fragilidade e às complexas demandas de cuidado que ele requer. No domicílio, esse bebê que passou pela UTIN demandará cuidados diferentes de um bebê nascido com peso adequado.

Ao tomar como referência a necessidade premente de acompanhamento mais amigável das crianças com necessidades especiais e ante a possibilidade de crianças nascidas com BP apresentarem, a médio e longo prazos, risco aumentado para morbimortalidade e comprometimento/atraso em seu desenvolvimento neuropsicomotor, apresentamos o seguinte questionamento: como as famílias vivenciam o cuidado domiciliar de crianças nascidas com BP?

Como simpatizante de estudos na área da família, concordamos com a afirmação de que: a “chegada” de um filho encontra-se entre os acontecimentos mais significativos para a família, caracterizado pela criação de um novo sistema

que marca uma importante mudança de ciclo no desenvolvimento familiar (MARCON, 2004). É um acontecimento que, embora considerado normal, demanda do casal e da família uma série de mecanismos de ajuste para o enfrentamento e incorporação da nova situação, provocando alterações na dinâmica familiar (BERTHOUD, 2002).

Acreditamos que, para uma atuação junto a esses bebês e famílias, visando oferecer um atendimento integrado, faz-se necessário um cuidado que atenda não apenas ao aspecto biológico, mas também ao emocional, sociocultural, econômico e político. Para isso, é fundamental o levantamento de problemas e estabelecimento de metas a serem alcançadas, priorizando o suporte a essas famílias no enfrentamento das situações advindas do nascimento de uma criança de BP e da demanda de cuidado deste filho.

Ademais, um cuidado integral pode interferir positivamente no crescimento e desenvolvimento adequado da criança nascida com BP e na qualidade de vida da família. Esse cuidado, no entanto, deve ser pautado em ações de promoção da saúde física e mental de todos os membros da família, prevenção de doenças específicas da idade, decorrentes, por exemplo, do desmame, como, também, a oferta de recursos necessários para o bom acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

O contexto familiar e o ambiente em que vive a criança têm uma influência marcante na sua recuperação e no seu processo de desenvolvimento. Em geral, a criança com necessidades especiais, que foi tratada no hospital em unidade intensiva e com equipe de especialistas e equipamento sofisticado, sofre um grande impacto ao chegar em casa. Muitas vezes, o ambiente domiciliar é completamente adverso e não possui infraestrutura suficiente para receber esta criança.

Em estudo que descreve o atendimento neonatal implementado pelo PSF, Slomp, Mello, Scochi e Leite (2007) destacam que o fluxograma de atendimento ao recém-nascido é um instrumento que aponta para reflexões sobre a qualidade dos cuidados, visto que identifica o monitoramento dos recém-nascidos de risco, expõe a programação das visitas domiciliares e contribui para a reorganização da atenção básica à saúde.

Colaborando com a transformação do modelo assistencial e tendo o cuidado centrado na família, um estudo sobre a vivência da família no método mãe canguru no ambiente hospitalar, feito por Caetano, Scochi e Angelo (2005), afirma

que esse método possibilita à mãe e à família estarem próximas para também cuidarem do bebê prematuro.

Ainda considerando o ambiente hospitalar, a utilização de jogo educativo se apresenta como uma estratégia de aproximação das famílias, com o objetivo de ampliar o conhecimento delas sobre os cuidados com o bebê. Todavia as autoras ressaltam que é preciso incluir a intervenção em um projeto maior, envolvendo todos os setores sociais que atuam na educação em saúde dos cidadãos (FONSECA; SCOCHI, 2000).

Contudo, a necessidade de uma avaliação apurada da família e o seguimento domiciliar pós-alta, por meio de visitas periódicas, são indicados não só em casos de crianças com necessidades especiais, como para aquelas que apresentam maiores riscos de morbimortalidade em geral, o que inclui as nascidas com menos de 2000g.

Diante do exposto, este trabalho é proposto com o intuito de melhor compreender aspectos relacionados à experiência da família no cuidado domiciliar às crianças nascidas com BP.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Identificar a experiência familiar sobre cuidar no domicílio, de um bebê nascido com BP nos primeiros seis meses, após a alta hospitalar.

2.2 ESPECÍFICOS

Identificar as necessidades apresentadas pelas famílias para cuidar desses bebês.

Conhecer os recursos utilizados pelas famílias diante das intercorrências na saúde do bebê.

Identificar os fatores facilitadores e dificultadores percebidos pelas famílias no cuidado aos bebês nascidos com BP.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Na descrição a seguir serão expostas as etapas operacionais do estudo, levadas à efeito para identificar como é para a família a experiência de cuidar no domicílio de um bebê nascido com baixo peso, nos seis primeiros meses, após a alta hospitalar

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo longitudinal, de natureza qualitativa.

Optou-se pela pesquisa qualitativa, porque ela responde melhor as questões particulares do estudo.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa qualitativa se preocupa com a compreensão dos sujeitos na sua realidade em toda a sua complexidade, ou seja, a descrição/entendimento da experiência humana tal qual ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios autores. Minayo (2006) afirma que esse tipo de pesquisa, nas ciências sociais, preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ela trabalha com

[...] o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2006, p. 22).

Para Haguette (2000), a pesquisa qualitativa fornece uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais, apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social face à configuração das estruturas sociais.

De acordo com essas características, a pesquisa qualitativa tem sido frequentemente utilizada por profissionais de enfermagem que se esforçam na busca

da descrição e compreensão da experiência humana como ela é vivida (ZAGONEL, 1999).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em Maringá - PR. O município está localizado na Região Noroeste do Estado do Paraná, com 325.968 habitantes (IBGE, 2007). Terceira cidade do Estado de Paraná, é sede da Microrregião 9: Associação dos Municípios do Sententrião Paranaense – CISAMUSEP (WATES; SANGER, 2007).

Para o atendimento de bebês de risco no nascimento, o município conta com um total de 24 leitos de UTIN, divididos em três hospitais: 18 leitos em dois hospitais filantrópicos, que atendem usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), de outros convênios e particulares, e seis leitos num hospital universitário, que atende aos usuários do SUS.

A continuidade do acompanhamento desse bebê, após a alta hospitalar, conta com a rede básica de 25 núcleos integrados de saúde, o PSF e o Programa de Vigilância do Recém-Nascido de Risco, coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde do município. O programa é desenvolvido por uma técnica de enfermagem, que faz visitas diárias aos hospitais para o preenchimento da Ficha de Avaliação de Alta do Recém-Nascido de Risco e do Cartão do Bebê, com agendamento e orientações de ida à UBS.

Os critérios de inclusão no Programa de Vigilância do Recém-Nascido de Risco são: idade materna menor que 17 anos; peso menor que 2500g; idade gestacional menor que 36 semanas; apgar no quinto minuto menor que sete; presença de anomalia. A ficha também inclui dados da mãe, como: nome, idade, endereço residencial; endereço da UBS e nome do enfermeiro responsável; dados do nascimento e dados de alta aos doze meses.

Uma cópia dessa ficha é encaminhada para a UBS próxima à moradia da família, que será responsável pelo acompanhamento do bebê. Esse acompanhamento, dada as características do bebê de risco; deveria ser diferenciado, especialmente para o acompanhamento do peso e das vacinas, e

realizado pela própria equipe de enfermagem e com encaminhamento ao médico uma vez ao mês ou frente a alguma alteração.

Dentre os hospitais para o atendimento do nascimento do bebê de risco, a Santa Casa foi escolhida, devido à frequência das altas de bebês que atendiam aos critérios de inclusão no período de seleção das famílias participantes do estudo.

A Santa Casa de Maringá conta com 12 leitos para atendimento do bebê de alto risco, sendo sete leitos destinados aos pacientes do SUS.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Fizeram parte deste estudo seis famílias de bebês nascidos com menos de 2000g, uma vez que estes, normalmente, têm um período maior de internação e estão predispostos a várias intercorrências no seu crescimento e desenvolvimento. Foram adotados como critérios de inclusão: serem residentes no município de Maringá; bebês nascidos com peso menor que 2000g e alta hospitalar até fevereiro de 2008, possibilitando o acompanhamento por seis meses.

Os contatos com as famílias foram realizados logo após o nascimento do bebê. Das seis famílias em estudo, duas foram contatadas ainda no período de internação, por meio de visitas ao hospital, as outras quatro por telefone, logo após a alta, já em sua residência. Vale ressaltar que, durante o período de inclusão das famílias no estudo, tivemos algumas recusas, além de telefones e endereços inexistentes que constavam nas fichas do programa de bebê de risco. Com base nos pressupostos da pesquisa qualitativa, o número de participantes pode ser considerado suficiente, pois o conteúdo das entrevistas realizadas durante os quatro encontros possibilitaram a convergência dos dados.

Uma das famílias participou apenas nos dois primeiros encontros, porém os dados coletados no período estão incluídos neste estudo.

As mães estiveram presentes em todas as entrevistas durante os encontros, oferecendo grande contribuição para o estudo, porém, em vários momentos, outros familiares, como pais, avós, filhas casadas, cunhadas e irmãs,

participaram, expressando sua opinião quanto à experiência da família ao cuidar do bebê de baixo peso.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no domicílio, durante o período de fevereiro a setembro de 2008, por meio dos quatro encontros junto às famílias dos BBP. Os encontros foram realizados ao fim da primeira semana após a alta hospitalar, ao final do primeiro mês, e depois de três meses e de seis meses após a alta hospitalar. A escolha desses períodos se deu por acreditarmos que marcam e evidenciam o processo de adaptação da família ao cuidado com o bebê no que se refere às inúmeras dúvidas quanto aos cuidados, às dificuldades em manter aleitamento materno exclusivo, além do risco do desmame, e à introdução da alimentação complementar do bebê, respectivamente.

A alta hospitalar, ao invés da data do nascimento, foi tomada como referência porque é comum os bebês nascidos com BP, em especial as com MBP ou pré-termo extremo, permanecerem hospitalizados por longo período.

Para a realização do primeiro encontro, foi admitida uma janela de tempo de cinco dias (incluindo o dia de aniversário da alta e os dois dias anteriores e dois posteriores), nos demais, uma janela de sete dias.

Na coleta de dados, foram utilizadas duas técnicas: a entrevista semi-estruturada e a observação assistemática.

A observação, em linguagem comum, além de outros sentidos, “[...] é o exame minucioso ou um olhar atento sobre um fenômeno no seu todo ou em partes; é a captação precisa do objeto examinado” (RICHARDSON; PERES; CORREIA; PERES; WANDERLEY, 2008, p. 27). O tipo de observação utilizada neste estudo foi a observação assistemática, pela qual a pesquisadora procurou, segundo Boni e Quaresma (2005), recolher e registrar fatos da realidade da vivência das famílias no cuidado aos seus BBP sem a utilização de meios técnicos especiais, ou seja, sem planejamento e controle.

Na entrevista semi-estruturada, por sua vez, o investigador tem uma lista de questões ou tópicos, como se fosse um guia, sem ordem prevista. A entrevista

tem relativa flexibilidade e poderão ser formuladas novas questões no seu decorrer (BRITTEN, 2005).

Durante as entrevistas, foi utilizado um roteiro de questões abertas e fechadas, elaborado pela própria pesquisadora e revisado por pares. As questões fechadas incluíram dados relativos à caracterização das famílias, que foram preenchidos nos dois primeiros encontros. Quanto às questões abertas, versavam sobre a experiência da família no cuidado ao BBP após a alta hospitalar no domicílio, e foram repetidas às famílias em cada encontro (APÊNDICE B). As entrevistas foram gravadas em MP4 (Gravador Digital), com o consentimento prévio das famílias e transcritas na íntegra.

Além do conteúdo das entrevistas semi-estruturadas e da observação assistemática, foram utilizadas como fonte de dados, as informações da carteira de vacina do bebê e do boletim de alta hospitalar.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para tratamento e análise das informações, foi escolhida a técnica de análise de conteúdo, que é considerada uma técnica que se aplica à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação (oral, visual, gestual) reduzida a um texto ou documento. Visa identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema com o objetivo de compreender criticamente o sentido das comunicações, ou seja, descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto (CHIZZOTTI, 2003; VERGARA, 2005; MINAYO, 2006).

De acordo com Bardin (1977, p. 40), designa-se sob o termo de análise de conteúdo:

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) dessas mensagens.

Na análise de conteúdo, o ponto de partida é a mensagem, mas devem ser consideradas as condições contextuais como um dos principais requisitos, como

pano de fundo, no sentido de garantir a relevância dos resultados a serem divulgados (PUGLISI; FRANCO, 2005).

Segundo Bardin (1977), as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos cronológicos:

1. A pré-análise: é a fase da organização do material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional e de sistematizar as idéias iniciais. Os passos da pré-análise são:
 - a) Leitura “flutuante” - Consiste em estabelecer um contato inicial com os documentos a serem analisados e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações.
 - b) Escolha dos documentos - consiste em estabelecer o *corpus* do estudo-conjunto dos documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos.
 - c) Preparação do material - Consiste na preparação formal dos documentos a serem analisados, constituindo-se novos documentos com todas as respostas de cada uma das perguntas.
 - d) Referenciação dos índices e a elaboração de indicadores - Consiste em determinar quais foram os índices (temas) encontrados nos documentos, determinando os seus indicadores por meio de recortes de texto nos documentos.
2. A exploração do material: é a fase mais longa, já que pode haver a necessidade de várias leituras de um mesmo material. Consiste em operações de codificação, enumeração, comparação e outros. Nesta fase, é importante ter em mente que o dado não existe por si só, ele é construído a partir de um questionamento e de uma leitura exaustiva e repetida dos textos para identificar o que é relevante e elaborar categorias.
3. O tratamento dos resultados e a interpretação: momento em que os dados são tratados de forma a se tornarem significativos e válidos. Com base nesses dados, o pesquisador pode propor intervenções e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos. Os tipos de inferências alcançados, em contato com as questões de pesquisa e com o corpo teórico do trabalho, podem levar a descobertas

inesperadas e a uma nova linha de ação em torno de novas dimensões teóricas.

A análise das entrevistas iniciou-se com a elaboração de questões norteadoras, as quais constituíram o ponto de partida para a análise. Desta forma, foram elaborados os seguintes questionamentos:

1. Qual é e como atua a rede de apoio destas famílias? O que ela faz, em que situações é acionada?
2. Que dificuldades e facilidades as famílias enfrentam no cuidado do BBP no domicílio?
3. Que intercorrências esses bebês apresentaram nos primeiros seis meses de vida?
4. Que recursos ou estratégias foram utilizados pelas famílias diante das intercorrências e cuidados cotidianos?
5. Que crenças as famílias manifestaram em relação ao cuidado com a criança?

Estabelecidas as indagações, iniciaram-se as leituras e releituras sucessivas de todas as entrevistas e, em seguida, cada entrevista foi retomada para análise individual. Durante a leitura, os significados que se destacavam e que respondiam direta ou indiretamente aos questionamentos propostos eram grifados no texto e grafados à sua margem.

Buscou-se, então, identificar os significados que eram mais comuns e que apareciam com maior frequência, inicialmente, em cada entrevista e, posteriormente, na comparação com aqueles que emergiam nas demais entrevistas. Para os significados que eram comuns, foi estabelecida uma codificação, denominada de unidade de significado.

Trechos da entrevista

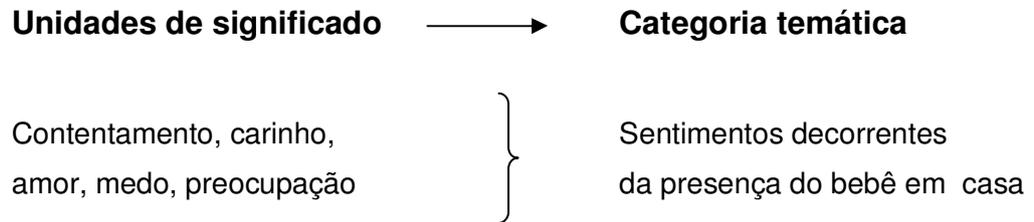


Unidade de Significado

Ex: “Se você não tiver uma estrutura familiar! Porque eu tinha elas, minhas irmãs, cada uma no seu tempo me ajudando” - **Ajuda familiar**.

Todo o material foi lido e relido várias vezes para confirmar as codificações já estabelecidas ou criar novas unidades de significado. As unidades de significado foram analisadas à luz das indagações propostas, sempre se reportando ao texto, e convergiram em cinco categorias temáticas centrais: sentimentos

decorrentes da presença do bebê em casa; cuidados cotidianos com o bebê; rede de apoio à família após a alta hospitalar; enfrentamento de intercorrências na saúde do bebê e dificuldades para cuidar.



As categorias temáticas e suas respectivas unidades de significado reproduzem, de maneira evidente, o que foi expresso de modo explícito ou não, as contradições e a relação entre as unidades de significado, para a compreensão dos significados apreendidos, tomando por base as falas das famílias acerca de como foi para elas cuidar, no domicílio, de um BBP nos seis primeiros meses após a alta hospitalar.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução nº 196 do MS (BRASIL, 1996) e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 220/2007) (ANEXO A).

O início da pesquisa se deu após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá (ANEXO B) e do Hospital Santa Casa de Maringá (ANEXO C). A solicitação de participação no estudo foi realizada pessoalmente junto às famílias. Nessa ocasião, foram informados os objetivos do estudo, os procedimentos que seriam adotados, o tipo de participação desejada, a livre opção em participar ou não sem qualquer prejuízo para a assistência das crianças e/ou familiares, o critério para as visitas e o tempo provável de duração de cada visita. Também foi orientado que poderiam retirar esta autorização em qualquer momento que desejassem e foram garantidos o sigilo e o anonimato das informações.

Após o esclarecimento de dúvidas, as mães dos bebês que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) em duas vias.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A organização dos resultados está dividida em dois itens: a apresentação das famílias e seus bebês e a experiência domiciliar das famílias, organizada em categorias temáticas, com trechos das falas e a discussão com base na literatura.

4.1 CONHECENDO AS FAMÍLIAS E SEUS BEBÊS NO CONTEXTO DOMICILIAR

Cada família participante foi identificada por uma característica que, em sua opinião, representava o momento vivenciado de cuidar de um bebê nascido com BP. Esta caracterização, ao mesmo tempo em que levou cada uma delas a pensar na sua vivência, assegurou o anonimato das mesmas.

Para se obter uma visão geral das famílias participantes do estudo, organizamos um quadro com suas características. As informações foram obtidas por meio das questões fechadas da ficha de entrevista, bem como das observações não-sistematizadas e das falas durante as respostas das perguntas abertas.

FAMÍLIAS	IDADE PAI	IDADE MÃE	GRAU DE INSTRUÇÃO	RELIGIÃO	Nº FILHOS	RENDA FAMILIAR	MORADIA
FAMÍLIA ATENÇÃO	52	40	Pai - II Grau Mãe – Analfabeta	Evangélicos	8	R\$ 1.500,00	ALUGADA
FAMÍLIA APOIO	36	33	Pai - I Grau Mãe - I Grau	Católicos	3	R\$ 800,00	CEDIDA
FAMÍLIA CARINHO	41	40	Pai - III Grau Mãe - III Grau	Católicos	2	R\$ 2.000,00	PRÓPRIA
FAMÍLIA ALEGRIA	33	28	Pai - 4ª Série Mãe - III Grau	Evangélico/ Católica	2	R\$ 3.000,00	PRÓPRIA
FAMÍLIA AMOR	45	41	Pai - I Grau Mãe - I Grau	Evangélicos	5	R\$ 2.000,00	PRÓPRIA
FAMÍLIA ESPERANÇA	25	22	Pai - Cursando Supl. Mãe - Cursando Supl.	Católicos	1	R\$ 600,00	CEDIDA

Quadro 1 – Dados referentes às famílias participantes do estudo.

A idade das mães deste estudo variou entre vinte e dois e quarenta anos, já a idade dos pais entre vinte cinco e cinquenta e dois anos. Quanto ao grau de instrução, encontramos os extremos, uma das mães era analfabeta, e, em outra família, os pais possuíam o terceiro grau.

Segundo os relatos, a renda familiar era entre R\$ 600,00 e R\$ 3.000,00 e o número de filhos entre as famílias variou de um a oito filhos. As famílias referiram pertencerem às religiões católicas ou evangélicas. Em relação à moradia, três famílias residem em casa própria, duas em casas cedidas e uma delas mora em casa alugada.

Para a coleta das informações sobre os bebês, além dos meios referidos acima, foram utilizadas informações da Ficha de Avaliação de Alta do Recém-Nascido de Risco e dos Relatórios Médicos apresentados pela família, organizadas no Quadro 2.

BEBÊ DA FAMÍLIA	IG*	TIPO PARTO	PESO	APGAR 1º E 5º MIN.	TEMPO DE INTERNAÇÃO	TEMPO NA UTI
ATENÇÃO	33 Sem.	CESÁRIA	1.675g	1 e 7	57 dias	20 dias
APOIO	30 Sem.	CESÁRIA	1.225g	7 e 9	33 dias	15 dias
CARINHO	33 sem.	CESÁRIA	1.900g	6 e 9	12 dias	2 dias
ALEGRIA	35 e 1/2	CESÁRIA	1.880g	7 e 9	11 dias	4 dias
AMOR	31 sem.	CESÁRIA	1.920g	8 e 10	8 dias	3 dias
ESPERANÇA	29 sem.	NORMAL	1.330g	3 e 7	63 Dias	13 dias

Quadro 2 – Dados referentes aos bebês de baixo peso participantes do estudo.

Ao observar as características dos bebês, podemos destacar que, quanto a idade gestacional, o período variou entre 29 semanas e trinta e cinco semanas e meia. Apenas um parto foi normal, e os bebês apresentaram ao primeiro minuto um apgar que variou de 1 a 8. Foi constatado que o menor peso foi de 1.225g e o maior de 1.920g, sendo que todos os bebês permaneceram internados de 8 a 63 dias, com passagem pela UTI neonatal de dois dias a vinte dias.

Com o objetivo de apresentar o contexto de cada família durante o período de coleta dos dados, segue uma descrição de cada família.

4.1.1 Família Atenção

Esta família é constituída pelo pai de 52 anos, a mãe com 40 anos, a filha mais velha de três anos e o bebê do sexo masculino, que nasceu de parto cesárea, com idade gestacional de 33 semanas e peso 1.675g, apgar de 1/3/7 e perímetro cefálico (PC) de 33 cm. Ela reside em um bairro considerado sem muita segurança, numa rua asfaltada, em casa de alvenaria alugada, que possui cinco cômodos, de construção muito simples. No primeiro encontro, havia na sala três cadeiras e, em uma pequena mesa, estavam os envelopes de exames do bebê, realizados no período de internação. O casal referiu que já haviam sido assaltados e, agora, estavam com pouca mobília e preocupados em comprar outros móveis e eletroeletrônicos e arrombarem sua casa novamente.

No terceiro encontro, já havia móveis de cana da Índia, mas sem almofadas e um aparelho de televisão de um modelo bem antigo sobre um *rack*, e a mãe informou que preferiam esse modelo, por ser mais difícil de ser roubado. Os recursos financeiros advêm do trabalho apenas do esposo, que é funcionário público federal, no valor de mais ou menos mil e quinhentos reais. Possuem dois aparelhos de celular pré-pago para se comunicarem e um computador. Desde o primeiro encontro, estavam planejando comprar uma condução, que, na preferência da esposa, seria um carro ao invés da moto que o esposo quer. Ao visitá-los no quarto encontro, a mãe revelou terem adquirido um carro, o que, na sua avaliação, facilitou a locomoção para o acompanhamento do bebê. Não têm parentes que moram em Maringá, mas contam com alguns amigos que costumam ir visitar. Quanto à religião, a mãe informou não estarem frequentando nenhuma igreja desde que vieram de Rondônia para Maringá, apesar de cada um dos pais terem frequentado igrejas evangélicas diferentes. A filha de três anos passa o dia na creche, o que, segundo a mãe, facilita cuidar do bebê. Tanto o pai como a mãe tiveram, anteriormente, outros relacionamentos e filhos. A mãe foi casada uma vez e teve dois filhos, que deixou com a avó materna, em Mato Grosso, quando casou com o atual marido e veio para Maringá.

O pai contou sobre quatro relações tumultuadas antes do atual casamento – destas relações, tem quatro filhos adultos e dois netos. Disse que nunca pensou em se separar, mas que três mulheres o abandonaram e uma delas

era muito ciumenta, por isso ele a deixou, mas que, neste casamento, eles se dão muito bem e ele não pensa em se separar, já que a considera boa esposa. O pai tem o segundo grau completo e a mãe é analfabeta.

A família mostrou o relatório médico recebido na alta do bebê, no qual constava dados referentes ao nascimento, as intercorrências durante a internação, procedimentos e os encaminhamentos aos profissionais que deveriam acompanhar o bebê. Nesse relatório, constava que o bebê desenvolveu membrana hialina, recebendo surfactante uma vez e evoluiu com pneumotórax bilateral. Permaneceu em ventilação mecânica por vários dias, com cateterização umbilical para infusão de sangue e medicação e, após alguns dias, acesso periférico; sonda nasogástrica (SNG) para alimentação e drenagem de tórax. O bebê ficou internado por 57 dias, sendo 20 dias na UTIN e 37 no semi-intensivo e a mãe permaneceu junto durante todos os dias. Ainda no hospital, foi colhido sangue, pela primeira vez, para o exame do pézinho, que veio com a observação de sangue hemolizado ou coagulado; colhido pela segunda vez no dia da alta, também veio com a mesma observação; então, foi colhido pela terceira vez no laboratório da secretaria de saúde do município, tendo um resultado sem alterações.

Na maioria das visitas, mesmo agendadas com antecedência, pôde ser observado no ambiente da casa algum indício de falta de higiene e desorganização, como: roupas amontoadas em cima da cama e em cima do móvel de cana da índia sem passar e perto de roupas sujas; louça suja na pia; um colchão na sala, onde o bebê ficava, com o forro sujo e a irmãzinha subindo e descendo de sapato ou com os pés sujos; as roupas da filha e do bebê com aspecto amareladas e mal lavadas; o bebê cheirando azedo; peniquinho da filha no meio da cozinha cheio de fezes e urina em pleno meio da tarde.

Aparentemente, a mãe, em alguns momentos, era confusa com suas informações e muito dependente do esposo, deixando dúvidas se era o que realmente pensava ou o que relatava era o que seria correto dizer ou simplesmente insegura em desagradá-lo. Por exemplo, quando o pai comprou leite NAN 2® e o bebê estava com apenas três meses de vida, a mãe, na sua presença, deu a entender que concordava com ele, mas, em outro momento e sozinha com a pesquisadora, relatou sua discordância. Em outra ocasião, quando relatou que estavam dando banho de água em temperatura fria, afirmou ser uma crença do esposo e que concordava, porém, em seguida, referiu que, nos dias frios, ela estava

dando banho morno. Por várias vezes, a mãe afirmou não saber informar sobre questões simples, como, por exemplo, a escolaridade do esposo, tempo de reinternação do bebê, tendo que serem confirmados alguns dados com o esposo, quando este estava presente em dois dos encontros. Também teve dificuldades de compreender o que era explicado pelos médicos e, em uma das visitas, mencionou ter dado o telefone para um médico se comunicar com outro, porque ela não conseguiu dar as informações necessárias que um deles precisava.

Nos seis meses após a alta hospitalar, o bebê esteve internado duas vezes por problemas respiratórios, uma das reinternações foi de três semanas, com passagem pela UTIN, apesar da frequência das consultas com o pediatra do plano de saúde. No quarto encontro, foi possível observar a visível perda de peso do bebê, unhas grandes e sujas, roupas amareladas e mal cheirosas, estrabismo, além de dificuldade de sustentação do pescoço, com hiperextensão do mesmo e dos membros inferiores e um choro fraco para a idade e movimentos agitados dos membros superiores, sem conseguir ficar sentado ao ser dado um iogurte durante o período do encontro, aparentando dificuldade para se alimentar.

Mesmo com as recomendações da alta para fisioterapia, somente uma semana antes do quarto encontro foi dado início ao tratamento no domicílio. A mãe, ao relatar o dia-a-dia com o bebê, não expressou nenhuma preocupação com as suas condições do crescimento e desenvolvimento, mesmo aparentando disfunções motoras, que deveriam ser tratadas o quanto antes pela fisioterapia, que só foi providenciada pela família após a insistência da pediatra e as recomendações da pesquisadora. Esse comportamento da mãe se refletia na maneira como mantinha a organização da casa e a aparência das crianças e dela própria. O relacionamento familiar se apresentou harmonioso nos encontros em que todos da família estiveram presentes e tanto o pai como a mãe se mostraram carinhosos com o bebê. O pai era o condutor de todas as ações referentes às providências para a continuidade do acompanhamento do bebê, tendo afirmado prestar muita atenção em tudo, mais do que a mãe.

4.1.2 Família Apoio

A localização da segunda família foi bastante difícil, porque havia mudado do endereço registrado no hospital e, também, pela ausência da informação do número de telefone. A família do tipo nuclear, composta pelo pai, com 36 anos, mãe com 33 anos, um menino de cinco anos, uma filha com um ano e sete meses e o bebê do sexo feminino. A residência da família é nos fundos da casa da avó materna, que, há nove meses, ficou viúva. A casa tem quatro cômodos: cozinha, sala, banheiro e um quarto de alvenaria e não pagam aluguel para a avó. Apesar do pequeno espaço para os cinco viverem, tudo sempre estava muito organizado e limpo, as crianças com roupas limpas e perfumadas. Mas, desde o primeiro encontro, a mãe aparentou e expressou estar muito estressada, por cuidar de três filhos e de todas as tarefas domésticas. Sua voz parecia alterada, com um tom alto, sem paciência com os filhos mais velhos, chamando a atenção por pequenas coisas, sem dar-lhes liberdade de brincarem, exigindo que ficassem sentados e quietos. O esposo esteve presente durante o primeiro encontro e, por várias vezes, tentou acalmar a esposa, sendo paciente e compreensivo todo o tempo.

A maior preocupação da mãe, no primeiro encontro, foi o fato de não ter leite suficiente e estar dando o complemento, voltou várias vezes ao assunto, com justificativas, como se culpando pelo que estava acontecendo e ao mesmo tempo nervosa. O pai pareceu tranquilo e participou dando informações e pedindo esclarecimentos à pesquisadora, as crianças também permaneceram calmas todo o tempo. Apesar do estresse da mãe, a família aparentou ser harmoniosa, talvez pelo modo de ser do pai.

Apesar de a avó morar no mesmo terreno, não esteve presente em nenhum encontro, mesmo indo ao portão me receber, não demonstrou interesse ou curiosidade a respeito das visitas, permanecendo em sua casa.

A família, segundo a mãe, frequenta a igreja católica, mas, no momento, não podem ir por causa do bebê, que deverá ficar em casa alguns meses ainda. Quanto ao apoio dos familiares, tanto a família do pai como a avó materna ajudaram no período de internação e também após a alta. O pai é pedreiro e ganha em torno de oitocentos reais por mês, mantendo as despesas da casa.

O filho mais velho e a filha do meio também nasceram de BP, com 1.680g e 2.225g respectivamente, este bebê é o terceiro a nascer de BP na família, com 1.225g. Antes do nascimento do bebê, a mãe esteve internada várias vezes com hipertensão, o que levou a um parto cesárea com 30 semanas de gestação. Tanto a mãe como o bebê correram risco de vida, explicou o pai. O bebê ficou internado por 33 dias, com passagem pela UTIN de mais ou menos 15 dias, acrescentou a mãe. Recebeu alta com 1.775g, porque, de acordo com a mãe, o médico achou que ela daria conta de cuidar, já que era o terceiro filho de BP.

Ao realizar o segundo encontro, encontrei a mãe bem estressada novamente, e o esposo não estava em casa. Não foi possível fazer tudo que estava programado, porque a mãe começou a desabafar suas dificuldades e o cansaço em que se encontrava. Mais uma vez, repetiu não poder amamentar, por seu leite ser pouco. Nessa oportunidade, ela passou o número de um celular, informando que ficaria mais fácil para agendar as demais visitas, mas, quando foi feito contato para o terceiro encontro, pediu desculpas e disse que havia conversado com o esposo e que não gostariam de continuar participando do estudo. Então, agradei por ter me recebido por duas vezes e a tranquilizei afirmando que não teria nenhum problema. Fica a interrogação da real causa da desistência desta família e a decepção por perder esses participantes.

4.1.3 Família Carinho

É uma família nuclear, composta pela mãe de 40 anos, o pai com 41, um menino de oito anos e o bebê do sexo feminino. A mãe tem graduação em Administração de Empresas, trabalhava nas empresas de seu pai até pouco tempo atrás, tendo bom salário e boas condições de vida, até que o pai passou por problemas financeiros e separou-se da sua mãe. Referiu estar passando por uma fase muito difícil, adaptando-se a um estilo de vida mais simples e até com certas dificuldades. Está fazendo uma pós-graduação, já que pretende retornar ao mercado trabalho assim que o bebê estiver maior. O esposo também tem graduação em Administração de Empresas, mas trabalha com vendas em Sarandi, obtendo, assim, os recursos financeiros para o sustento da família, com um ganho de mais ou menos

dois mil reais. A família mora em Maringá, num bairro de classe média, em casa própria. O filho de oito anos está cursando a segunda série.

Ao fazer contato com a família para o início dos encontros, a mãe do bebê referiu que estava passando o dia na casa da sua mãe em Sarandi, e marcou lá o dia e horário do primeiro encontro. Mas, nos dois encontros seguintes, também pediu que eu fosse à casa da sua mãe, porque, segundo ela, estaria lá para ajudar a mãe lavar a calçada.

Quando agendamos o quarto encontro, foi combinado que seria em sua residência, então passou as informações para chegar ao endereço. No dia marcado, ao chegar no endereço, não havia ninguém em casa. Informou a mãe que ela passou mal com uma dor abdominal, que vem tratando há alguns meses, e acabou saindo às pressas para o pronto socorro.

Na nova data marcada, o encontro foi novamente realizado na casa da avó materna em Sarandi.

A casa da avó está localizada em rua pavimentada, de alvenaria, com dois quartos, mais uma suíte, sala de estar, de jantar, cozinha, área de serviço, dependências nos fundos, num bairro de classe média, bem como uma mobília que demonstra conforto e certo luxo. No quarto, sala de estar e jantar havia quadros pintados em tela pela Mãe da Família Carinho, durante o período que esteve com depressão pós-parto do primeiro filho, que foi prematuro também. A avó da Família Carinho é separada do esposo e mora com um filho solteiro, mas referiu que seu esposo tem bom relacionamento com ela e que veio visitar o neto.

O relacionamento entre os membros da família extensa da mãe do bebê aparentou ser fraternal e carinhoso entre todos, filhas, avó, genro e as crianças. Foi relatado pela mãe do bebê que a aproximação dela com sua mãe aconteceu depois da separação dos seus pais, até então, elas não se entendiam muito bem. Os pais do bebê receberam apoio dos familiares da mãe do bebê tanto no período de internação como após a alta. Ao lado da casa da avó, mora uma das tias do bebê, que é casada, formada em enfermagem e sempre está por perto para apoiar a mãe do bebê.

A avó é de nacionalidade paraguaia, católica praticante, pertence à pastoral da criança e presta trabalhos voluntários semanalmente. Mencionou acreditar muito nas orações, e que as mesmas ajudaram sua filha e o bebê a passar o período difícil da gestação e internação. Essa crença foi passada à filha com muito

fervor, já que a mesma referiu várias vezes sua fé na oração. À medida que outras mães saíam de alta, ela ia pedindo que elas continuassem orando por ela e o bebê.

Quanto à família do pai do bebê, a mãe afirmou ser distante, o bom relacionamento que tinha com a sogra, lamenta, não existe mais e os avós não conhecem ainda a neta, que já está com quase oito meses.

Nos relatos, a mãe mencionou uma gravidez que não foi planejada, muito difícil. Desde o começo, teve muita dor e precisou de internamento várias vezes, e repouso absoluto para manter a gravidez.

O nascimento do bebê foi prematuro, de trinta e três semanas, apgar 6/9 e peso 1.900g. Ficou internado por doze dias: dois dias na UTIN, três no semi-intensivo e mais sete dias no alojamento conjunto na enfermaria.

A mãe aparentou ser sempre muito atenta no acompanhamento do bebê durante o período do estudo, realizando todas as consultas com especialistas, orientadas pelo pediatra. Durante os encontros, sempre detalhou tudo em relação aos cuidados com o bebê, demonstrando compreensão das orientações recebidas e se referindo, com frequência, às características de evolução do crescimento e desenvolvimento do bebê. Bem orientada quanto à relação com o filho mais velho e as necessidades dele, e organizando suas atividades para manter o relacionamento próximo, como era antes do nascimento da filha. Demonstrou ser muito atenciosa e carinhosa com o bebê e o filho mais velho e, apesar de não presenciar a relação do pai com os filhos, a mãe referiu bom relacionamento, informando que, com o nascimento da menina, o pai está mais próximo e participativo que no nascimento do filho mais velho.

4.1.4 Família Alegria

A família alegria é do tipo nuclear reconstituída, formada pelo esposo com 33 anos, esposa de 28 anos, um filho de nove anos do primeiro casamento da mãe e o bebê. Mora na cidade há dois anos, em casa própria, de alvenaria e com sete cômodos, mobília completa, num bairro de classe média. A renda familiar, de mais ou menos três mil reais, advém do trabalho do casal. O pai é mecânico, com apenas a quarta série primária, e a mãe possui graduação em Administração de Empresas.

Até o nascimento do bebê, a mãe trabalhava na área administrativa de um plano de saúde, mas, depois, passou a administrar os negócios do esposo, juntamente com os sócios. A família possui automóvel, que, durante esse período, foi trocado por outro mais novo e confortável. Possuem plano de saúde para a mãe e o bebê e contam com uma pessoa em tempo parcial para ajudar nas tarefas de casa.

Durante a gravidez, fez acompanhamento pré-natal regular, sentindo enjôos, uma crise de cólica renal e o aumento gradativo da pressão arterial e edemas nos membros inferiores. Após o oitavo mês, este quadro foi piorando, sendo acompanhado por dores de cabeça e mal-estar, até que precisou se afastar do trabalho e, logo, foi internada. A pressão continuou aumentando, mesmo internada, e, após o exame de urina, constatou-se grande perda de proteína, e o médico decidiu antecipar o nascimento do bebê por um parto cesária.

A filha nasceu de trinta e cinco semanas e meia, com 1.880g. Lembrou a mãe que o período de internação do bebê foi angustiante e uma eternidade, quatro dias na UTIN e sete no semi-intensivo. Além do sofrimento ao ver os procedimentos com o bebê, a mãe sentiu-se sozinha e sobrecarregada para cuidar do bebê no hospital, por se encontrar em período de restabelecimento. Ao vir para casa após a alta, a mãe afirmou se sentir melhor. A cada encontro, foi possível observar seu ambiente domiciliar e perceber a tranquilidade em que se encontrava para os afazeres domésticos e cuidar do bebê, provavelmente por ser muito organizada. A cada encontro, a casa estava toda limpa e em ordem, o bebê dormindo, após o banho e a mamada, e a mãe, sentada na sala, assistia TV enquanto me aguardava.

Curioso que, nesse período, sempre encontrei somente a mãe e o bebê em casa, finalmente, a mãe esclareceu que o filho mais velho fora criado pela sua mãe. Depois que volta da escola, passa a tarde em sua casa e, como também se relaciona com o pai, uma vez por semana fica em sua companhia.

Quanto ao relacionamento familiar, a mãe mencionou ser de muita alegria e companheirismo. O filho mais velho apresentou ciúmes do bebê em relação ao padrasto, mas, com o tempo, foi se adaptando. De acordo com a mãe, o pai é muito atencioso e carinhoso com o bebê. A família costuma sair com os amigos ou clientes do esposo para comer fora ou visitar a construção de uma nova casa em uma pousada.

Os pais são de religião diferente, a mãe católica e o pai evangélico, mas ela entende não haver problemas, eles procuram não discutir sobre o assunto.

Porém confidenciou à pesquisadora que fez o batismo do bebê às escondidas do esposo, de acordo com sua crença.

Além da ajuda do esposo e do filho mais velho, conta com apoio e ajuda da mãe, sobretudo após seu retorno ao trabalho, nos cuidados com o bebê.

4.1.5 Família Amor

A família é do tipo nuclear expandida e os membros que moram na mesma casa são: o esposo de 45 anos, a esposa com 41 anos, um filho de 15 anos, um neto de 8 anos, filho do primeiro relacionamento da filha mais velha, e o bebê que nasceu de BP, do sexo feminino. Uma das filhas casada mora no mesmo terreno dos pais, na casa da frente, com o esposo e um filho de cinco anos. A mais velha mora em Paiçandu, com o esposo e um filho de um ano do segundo casamento.

A residência da família participante do estudo é própria, de alvenaria, uma construção muito simples e inacabada. Cinco cômodos pequenos, com mobília completa, mas muito simples. O esposo é motorista da empresa de transporte urbano, o único provedor dos recursos financeiros para o sustento da família, em torno de dois mil reais.

A família possui um automóvel seminovo e, após o nascimento do bebê, fez plano de saúde para ele. Explicou a mãe que queriam ter a certeza de que ele seria atendido caso houvesse necessidade.

O ambiente da casa aparentava simplicidade, mas tudo em ordem, com aspecto de limpeza e higiene. O bebê sempre perfumado, com aparência de pós-banho e roupas limpas, usando fralda descartável.

A família frequenta uma igreja evangélica semanalmente, embora, nos primeiros meses, a mãe tenha ficado afastada enquanto o bebê não podia ser exposto.

A rede social da família ficou evidente, com participação marcante das filhas, cunhada, esposo e sua vizinha, madrinha do bebê.

A filha mais velha levou a mãe e o bebê para ficar em sua casa, durante os primeiros dias após a alta, enquanto seu pai fazia a reforma na casa. Durante o

primeiro encontro, observei que a filha dedicou toda a atenção à mãe, que se encontrava muito ansiosa e amedrontada com a nova tarefa de cuidar de um BBP. Enquanto conversava, a filha verbalizou, várias vezes, a preocupação de que a mãe se sentisse à vontade em sua casa e que precisava estar bem para conseguir cuidar do bebê, porque ele dependeria dela agora.

No decorrer dos outros encontros, esteve presente a filha mais nova e a cunhada, participando do diálogo e ajudando nas tarefas domésticas.

A mãe referiu que o esposo deu-lhe toda a atenção desde o início da gravidez, enquanto estava internada e após o nascimento do bebê. Acrescentou que o mesmo até a surpreendeu com suas idas ao hospital todos os dias e sempre preocupado com o seu bem-estar e o da criança.

A madrinha do bebê se mostrou interessada em saber mais sobre o cuidado com o bebê e preocupada com a saúde da mãe quando a mesma não estava conseguindo dormir o suficiente. No terceiro encontro, ela estava presente e insistiu para que a mãe a deixasse ficar com o bebê num período do dia, enquanto isso poderia descansar um pouco, já que de noite o bebê estava ficando muito tempo acordado, dando muito trabalho.

A mãe relatou que a gravidez não foi planejada, e aconteceu depois de quinze anos do nascimento do filho mais novo. Durante a gravidez, ela estava com a pressão muito alta e a diabetes descompensada, por isso foi internada, permanecendo no hospital por 33 dias. Quando houve o rompimento da bolsa, foi realizada uma cesariana para a retirada do bebê. Ele nasceu com 31 semanas de gestação, 1.920g e um apgar de oito e dez. Esteve internado por oito dias, dos quais três ficou na UTIN, em incubadora, ventilação mecânica por um dia, acesso venoso periférico para hidratação e medicação após a retirada do ventilador e SNG para alimentação.

Quanto aos cuidados com o bebê, foi visível a tensão vivida pela mãe, sempre mencionando as dificuldades, como também o apoio de familiares e pessoas próximas. Nos momentos em que o pai esteve presente, aparentou ter bom relacionamento com a esposa e o bebê, apesar da insegurança, citada pela mãe, nos primeiros dias.

4.1.6 Família Esperança

Essa família foi apresentada por outra participante do estudo, que, ao receber a primeira visita da pesquisadora, mencionou a amizade formada no período de internação e, como era uma mãe de primeiro filho, sugeriu que fosse acompanhada também. Assim, passou o telefone da outra família para que fosse feito o contato com a mãe, que aceitou de imediato participar.

A residência fica num bairro distante da região central da cidade, porém com ruas asfaltadas e casas de alvenaria. O casal e o bebê moram na casa da avó materna, juntamente com uma tia e um primo do bebê. A casa é de apenas cinco cômodos, sendo um quarto da avó, um para o casal e o bebê e na sala uma cama para a tia e o primo, mais uma pequena cozinha e um banheiro. Ainda inacabada tanto por dentro como por fora, a casa é mobiliada com simplicidade, mas com organização e higiene. O bebê era o primeiro filho do casal, e a mãe assumiu os cuidados, mantendo-o sempre em boas condições de higiene e bem cuidado.

A avó é empregada doméstica, a tia é técnica em enfermagem e o pai do bebê é entregador de jornal durante a noite. A mãe tem 22 e o pai 25 anos. Estavam cursando o ensino fundamental supletivo, mas, com o nascimento do bebê, pararam de estudar. Não foi possível conhecer o pai desse bebê, como trabalha à noite, por duas vezes ele estava em casa, mas se encontrava dormindo.

A mãe, no primeiro encontro, referiu estar com dificuldades no relacionamento com a irmã, e uma das razões, mencionada por ela, era a questão de sempre interferir na forma dela cuidar do bebê, não estavam se falando. Essa questão de conflito foi mencionada pela mãe várias vezes durante os encontros, acrescentou, ainda, que havia morado com o sogro e não tinha dado certo. Na verdade, seu desejo e de seu esposo era morarem sozinhos longe de todos, para poderem criar o filho por eles mesmos e cuidarem da suas coisas sem a interferência de outros. Mas o que podiam fazer, no momento, era construir nos fundos da casa da mãe para, pelo menos, terem um pouco de privacidade.

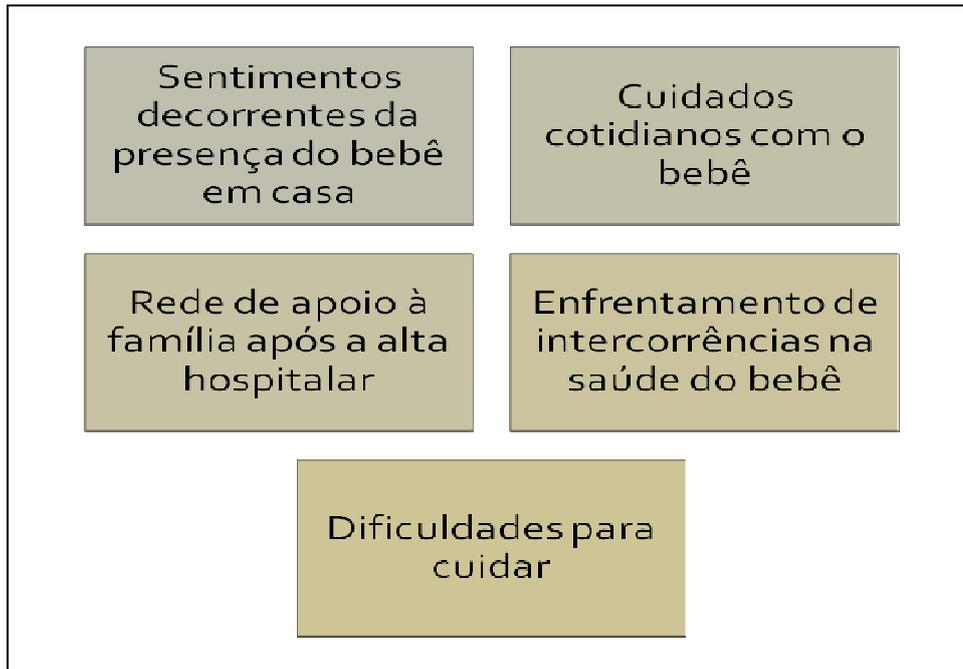
Apesar dos conflitos entre o pai e a avó e da mãe com a irmã, ao realizar o terceiro encontro, percebi que elas estavam se falando e houve a participação da tia, bastante empolgada, relatando os cuidados com o bebê, e todas estavam sorridentes, demonstrando que a crise passara e existia uma relação amistosa entre

elas. Segundo a mãe, quando retornou à prática da capoeira ou precisava sair, a irmã ficava com o bebê, porém a mãe não queria ficar. Todavia os problemas de relacionamento foram contínuos, porque, nesse encontro, em que tudo estava bem com a avó e a tia do bebê, a mãe relatou que o esposo não estava em casa, havia ido para a casa do pai e a relação deles não estava nada bem. Ela parecia bastante triste com o ocorrido e preocupada com o que poderia acontecer, uma vez que, na sua avaliação, apesar dos conflitos com a sogra, o maior problema era o ciúme que ele sentia dela. Porém, ao retornar para o último encontro, o pai havia voltado para casa e, aparentemente, estavam bem. A tia do bebê e o primo haviam se mudado para outra casa, o que deixou a casa mais espaçosa para os que ficaram e com a possibilidade de acontecer menos desentendimentos. Apesar dos momentos de conflitos, a mãe explicou que o bebê recebe toda atenção e carinho do pai, além da avó e da tia.

Mesmo sendo mãe pela primeira vez e a mais nova entre as mães do estudo, mostrou-se responsável no cuidado com o bebê, recebendo apoio da família e do esposo. Mas ficou bem clara também a influência de suas crenças ao cuidar do bebê, as quais nem sempre estavam em conformidade com as recomendações científicas, particularmente quando desmamou, introduziu os alimentos sólidos antes dos seis meses e decidiu não realizar alguns exames para controle por achar que o bebê estava bem.

4.2 A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR NO DOMICÍLIO

Esta parte dos resultados é constituída pela análise das entrevistas, com apresentação de trechos das mesmas que compõem as unidades de significado, formando cinco categorias temáticas: sentimentos decorrentes da presença do bebê em casa; cuidados cotidianos com o bebê; rede de apoio à família após a alta hospitalar; enfrentamento de intercorrências na saúde do bebê e dificuldades para cuidar, conforme representação no quadro que segue.



Quadro 3 – Categorias temáticas.

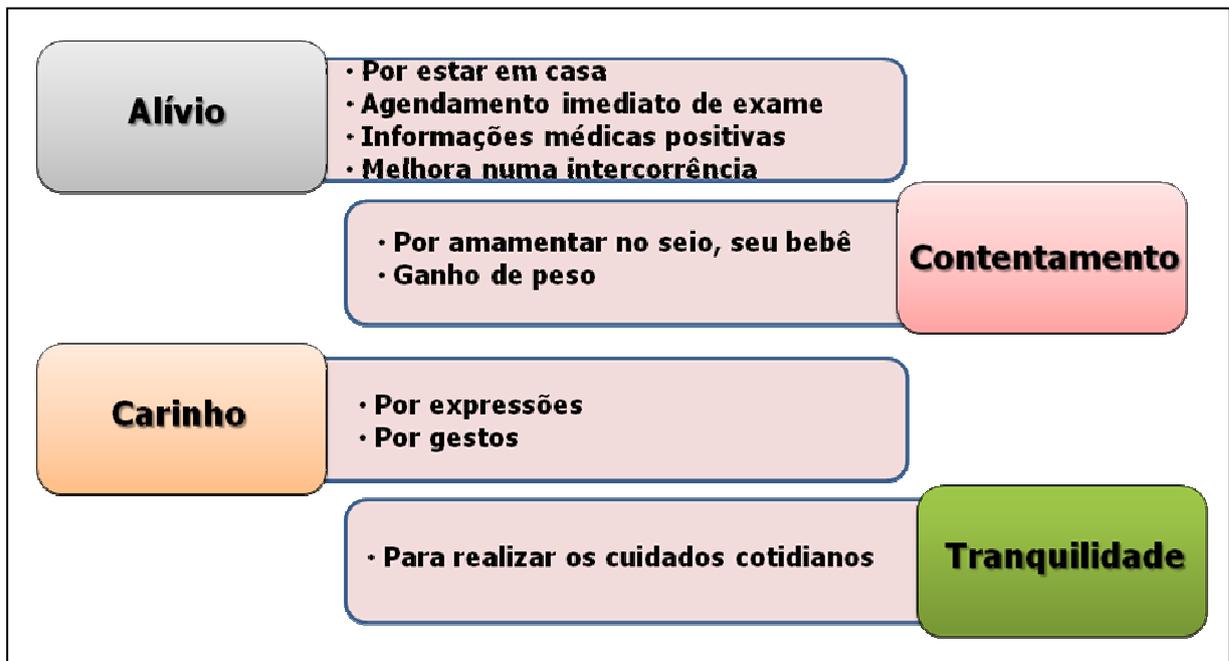
4.2.1 Sentimentos decorrentes da presença do bebê em casa

Ao receber no domicílio o BBP, a família vive uma experiência marcada por uma enorme carga emocional. No relato sobre o cuidado ao bebê na primeira semana após a alta hospitalar, as famílias revelaram que esta experiência é acompanhada de sentimentos que se apresentam em movimentos contínuos, ora positivos, ora negativos.



Quadro 4 – Sentimentos positivos e negativos expressos pela família.

Mesmo envolvidas por uma situação difícil e estressante muito recente, as famílias expressaram sentimentos positivos de alívio, contentamento, carinho e tranquilidade em várias situações diárias.



Quadro 5 – Sentimentos positivos expressos pela família.

Os sentimentos de alívio e tranquilidade são vivenciados pelas famílias, no início, devido à alta hospitalar

[...] tá melhor prá mim, nossa! Aqui em casa não tem nem comparação! (Mãe da Família Alegria-E1).

Após passar vários dias no ambiente hospitalar, afastada de sua casa, de quase tudo que lhe pertence, longe do convívio de familiares muito queridos, a mãe valoriza o retorno para casa, considerando esse ambiente o melhor, crendo ser o mesmo sem comparação, como afirmou a mãe da família Alegria no primeiro encontro.

O agendamento imediato de um exame especializado ou informações médicas positivas em relação ao progresso no desenvolvimento do bebê foram razões para as famílias se sentirem aliviadas.

[...] aí já marcaram para o dia dez, ou seja, já é semana que vem, já vai prá fono e já vê o teste da orelhinha, porque é com a fono também, então fico aliviada. É menos um problema prá correr atrás (Mãe da Família Carinho-E1).

A pediatra disse que, no desenvolvimento dela, ela ganhou nota 10 [...] O neuro também tá achando que ela tá se desenvolvendo bem, como ela é prematura, então, ela sempre vai mais atrasada no desenvolvimento. Isso é um alívio, pois já sofremos muito! (Mãe da Família Carinho-E2).

Mais adiante, a melhora de uma intercorrência na saúde do bebê levou a família a sentir-se aliviada também. A mãe relata:

Teve só uma gripe, pegou uma tosse, aquela tosse e daquela tosse deu bronquite, mas graças a Deus passou, me sinto aliviada! (Mãe da Família Amor-E4).

A percepção da melhora do bebê traz um sentimento positivo, visto que a experiência recente de instabilidade na saúde do bebê deixou marcas de um período de muito sofrimento para a família. Por isso, ainda se encontra apreensiva diante de uma alteração, em particular, quando percebe uma complicação que venha relembrar toda tensão e insegurança vivida no período de internação do bebê.

Em meio a tantas preocupações e medos desses primeiros dias, a mãe consegue expressar o sentimento de contentamento por ter condições de alimentar com seu próprio leite a filha que acaba de trazer para casa.

O outro filho eu não amamenteei, é a primeira vez que eu estou amamentando. Prá mim assim está sendo maravilhoso! Era um sonho que estou realizando depois da frustração de não poder amamentar o primeiro filho, porque fiquei com depressão pós-parto (Mãe da Família Carinho-E1).

Ao consultarem mães adolescentes sobre seus sentimentos em relação à amamentação, Fernandes e Lara (2006) relatam que todas elas (100%) referiram um sentimento de bem-estar por amamentar. Gostaram e sentiram prazer mesmo quando sentiam dor.

Outra razão para contentamento, visível no semblante da mãe durante o segundo encontro, foi o ganho de peso do bebê, apesar de, até então, não ter mencionado preocupações com ele.

Cada dia ele ganha mais peso! Estou muito contente com isso [...] (Mãe da Família Esperança-E2).

Pensando no contexto dessa família, é possível que, mesmo sem mencionar, a mãe tivesse suas preocupações, porque deixou bem claro que estava dando complemento das mamadas desde que veio do hospital e não pretendia deixar. No segundo encontro, apresentava uma fisionomia tranquila, talvez pela certeza de que o complemento não havia prejudicado o bebê.

A demonstração de carinho caracteriza a relação da família com o bebê. O início desse processo se manifesta desde o período pré-natal e, à medida que os dias passam, essa relação vai se tornando mais íntima e intensa. Desde o primeiro encontro, foi possível observar que todos os membros das famílias se encontravam sensíveis à presença do bebê, como relata abaixo a avó materna e a mãe de um bebê

Mas ela está com a carinha mais fofa! (Avó materna do bebê da Família Carinho-E1).

Oh, que lindinha, dormindo, mas tem que acordar para mamar [...] queridinha acorda (Mãe da Família Carinho-E1).

Cada família tem sua forma de se relacionar com o bebê, mesmo tendo receios devido suas características, consegue destacar a beleza e a delicadeza de um ser tão indefeso. Na fala seguinte, percebemos uma linda demonstração de carinho quando vários membros se encontraram reunidos em torno do seu mais novo membro.

Quando ela está acordada passam a mão no cabelinho dela [...] tiram foto, colocam roupinha [...] e o pequenininho dela entra aqui e fala vó, quando eu crescer, eu vou cuidar dela prá você! Prá não ir prá rua, pro carro não matar ela! (Mãe da Família Amor-E2).

Os sentimentos de amor, apego ou estimulação, expressos por essas famílias, são cuidados que passam a ter significados, que vão muito além dos

cuidados convencionais, tomam dimensões grandiosas no contexto da experiência de ser mãe (ANDRADE; RIBEIRO; SILVA, 2006).

O sentimento de tranquilidade foi mencionado desde os primeiros dias em casa, em relação aos cuidados cotidianos. Segundo algumas mães:

Eu tô tranquila para cuidar dele. Não tô preocupada, não nesse momento. Lá no hospital, as enfermeiras ensinaram o banho, a fono ensinou amamentação, a médica falou dos acompanhamentos com neuro, oftalmo e fisioterapia, tudo elas explicaram. E agora que você vem aqui. Se precisar eu pergunto (Mãe da Família Atenção-E1).

Eu não tive medo de vir prá casa, de não dar conta. Porque eu tomando a vitamina, não perdendo o horário da mamada, cuidando dela certinho, porque é como os enfermeiros falaram, agora é o mamá de mamãe e o amor, é isto que vai fazer ela engordar (Mãe da Família Carinho-E1).

A tranquilidade para cuidar do bebê no domicílio, relatada pelas mães, em decorrência das orientações recebidas, durante o período de hospitalização do bebê, iguala-se aos resultados do estudo de Camargo, La Torre, Oliveira e Quirino (2004) sobre sentimentos maternos. Nele, as mães afirmaram sentimentos de conforto e otimismo quando as informações recebidas dos profissionais eram assimiladas por elas. Esses achados nos levam a refletir que, além da importância de oferecermos orientações às famílias quanto aos cuidados com o bebê, é necessário conhecermos a maneira adequada para a realização e avaliação do processo, levando em conta o momento em que vive e o contexto de vida de cada uma delas.

Outras mães, no entanto, só sentiram tranquilidade no cuidado após o terceiro mês em que a criança estava em casa. Relataram o fato no quarto encontro.

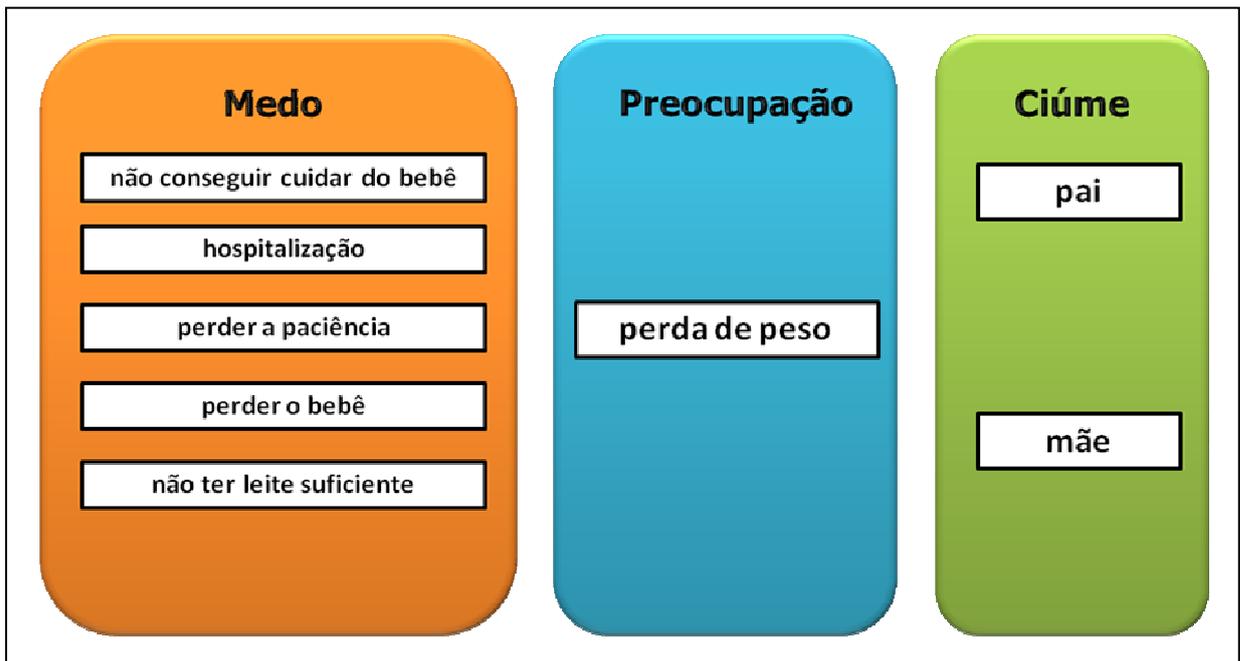
Agora melhorou bastante [...] estou mais tranquila, apesar de chorar muito ainda e querer meu colo (Mãe da Família Amor-E4).

Estou mais tranquila para cuidar dele. Tá ficando mais fácil, mas está ficando mais birrentinho, dá uns gritos [...] (Mãe da Família Esperança-E4).

A gente está se adaptando melhor. Ela tá muito boazinha, calminha, ela dorme a noite toda. Tô bem aliviada agora (Mãe da Família Carinho-E4).

O ajuste das famílias à nova situação se deu em momentos diferentes, com modificações das perspectivas iniciais frente às condições de melhora do bebê, estando de acordo com a afirmação de Ramalhão e Dupas (2003), de que a acomodação se dá por um processo, no qual os pais, por meio da experiência própria e de outras pessoas, vão sentindo-se mais tranquilos.

Apesar dos bons momentos de prazer e contentamento expressos pelas famílias, os primeiros dias foram marcados por sentimentos negativos.



Quadro 6 - Sentimentos negativos expressos pela família.

O mais freqüente deles, tanto no primeiro como no segundo encontros, foi o medo, caracterizado também como preocupação, insegurança, ansiedade, nervosismo, apavoramento, desespero e susto. As famílias relataram, por exemplo, que, na primeira semana após a alta hospitalar, tiveram medo de não conseguir cuidar do bebê, de não realizar os cuidados necessários para o seu bem-estar.

[...] ela é tão pequenininha [...] me dá um desespero! [...] ai meu Deus eu não vou dar conta! (Mãe da Família Amor-E1).

Este medo é compreensível, já que, após um período de internação, às vezes prolongado e com instabilidade e riscos, agora, a família está a sós diante de um ser tão frágil, que depende completamente dos seus cuidados. Além desse fato,

o puerpério é considerado um momento crítico, em que a mãe experimenta grande labilidade emocional, relacionada ao declínio da progesterona e do estrogênio. Essa alteração hormonal pode desencadear sentimento de insegurança para cuidar do bebê (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

A mãe, mais rapidamente, consegue vencer este medo, enquanto a insegurança do pai permanece por mais tempo, constituindo, inclusive, motivo de comentários e gracejos por parte da mãe

Ele tinha medo de dar banho nela, porque achava que isso ia machucar, que ele não sabia pegar direito, ele é meio desajeitado [...] (Mãe da Família Alegria-E1).

Vale ressaltar que a mãe acima teve um filho do primeiro casamento que também nasceu com BP, e o pai estava vivenciando a experiência pela primeira vez, tanto de ser pai como também de ter um filho de BP.

Nos primeiros dias no domicílio, a presença de tensão é constante, e o medo vivido pela família manifesta-se quando se pensa na possibilidade de uma hospitalização. Este medo faz com que as mães tomem algumas atitudes, como a de fazer a complementação alimentar por conta própria.

[...] aí, depois, ele perdeu cinco gramas, aí, eu disse: olha querido (esposo), esse menino começou a perder peso de novo! Eu não aguento ficar mais no hospital, fiquei um mês lá dentro, eu não volto, eu não volto, nem amarrada. Então dou o peito primeiro, mas complemento com o NAN®! (Mãe da Família Esperança-E1).

Ah, eu fiquei com medo, né? Porque no hospital não estava conseguindo ter leite, então eu fiquei com medo de não ter leite para dar pra ela, e ter que voltar para o hospital, como aconteceu com meu filho, ela puxa o peito e não tem nada, por isso estou dando a chuquinha com o NAN® (Mãe da Família Apoio-E1).

Para a mãe da Família Amor, o medo de retornar ao hospital persistiu até o final do primeiro mês em casa, e foi mencionado novamente no segundo encontro.

Fiquei nervosa com o leite que sumiu. Quando eu estou nervosa me dá vontade de chorar. Meu Deus do céu! Fiquei com medo de voltar pro hospital! (Mãe da Família Amor-E2).

O retorno para o hospital é algo temido pelas famílias; por ser considerada uma situação estressante, elas procuram uma forma de evitar tal situação.

As seis famílias em estudo demonstraram acreditar na possibilidade de as mães não terem leite suficiente ou não terem leite mesmo e a necessidade de dar o complemento ou amamentar exclusivamente na chuquinha, com a intenção de fazer o melhor para seus bebês. Enquanto relatavam o uso do complemento, a expressão era angustiante e os olhos cheios de lágrimas, em seguida, apresentavam uma fisionomia aliviada, como se quisessem dizer com o olhar que as atitudes por elas tomadas funcionaram, visto que os bebês continuaram ganhando peso e não precisaram retornar ao hospital.

A presença de algumas intercorrências, especialmente na primeira semana em casa, despertou o medo de perder o bebê.

Domingo, ela se afogou sozinha, com a saliva. Aí, eu virei ela e bati nas costinhas, mas ela não voltou, eu fiquei apavorada e comecei a chorar e daí chamei meu marido. Mas agora eu fiquei assustada, nem estou dormindo direito, qualquer mexidinha eu já levanto prá olhar (Mãe da Família Alegria-E1).

Se a intercorrência é considerada grave e se repete, o medo é intensificado a ponto de a mãe não querer ficar sozinha com o bebê.

Ela engasgou de novo. Aí eu fiquei com tanto medo de acontecer de novo e fiquei na casa da minha mãe. Quando meu marido saía para trabalhar, me levava na minha mãe e eu ficava lá o dia inteiro, à noite ele me pegava e voltava prá casa. Olha, fiquei assustada, heim? (Mãe da Família Alegria-E2).

Outras intercorrências mencionadas foram o medo da perda do bebê, deixando os pais em constante alerta, prejudicando suas horas de descanso.

[...] eu fico muito ansiosa, porque, qualquer gemidinho que ela dá, eu tenho medo de dormir e não escutar ela se afogar, porque é muito vômito (Mãe da Família Carinho-E2).

[...] eu fico assustada porque ela demora arrotar! Daí, ela demorou arrotar, deitei ela aqui, daí menina, ela vomitou, molhou todinha a roupa! Fiquei assustada! (Mãe da Família Amor-E2).

A preocupação está presente na vida destas famílias, visto estar em jogo a existência do bebê, e preservar a vida é sua meta (MOTTA, 2004). Para isso, não medem esforços.

Até mesmo o fato de o bebê ter um sono mais prolongado, já é motivo de preocupação e medo de perder o bebê.

Ele demorou quatro horas para acordar, até fiquei com medo, daí acordava e ele nada [...] nossa pensei coisa ruim! (Mãe da Família Esperança-E2).

Talvez falte a essa família informações a respeito das características da prematuridade e BP, ou também esteja sob as influências do período tenso pelo qual passou a mãe desde a gravidez do bebê.

Cada um dos relatos foram cheios de emoção, às vezes com lágrimas e expressões faciais de muito sofrimento em cada uma das situações lembradas com detalhes. Aparentemente, o estado emocional e físico da mãe, nesse período, ainda se encontra debilitado, porque, além de passar por fortes emoções durante a gestação e hospitalização do bebê, há a sobrecarga de tarefas domésticas com a chegada em casa.

O nascimento de um bebê prematuro e de BP tende ser vivido como um período de crise aguda, muito desgastante, com a presença de um dos sentimentos mais perturbadores, o sentimento de perda, característico de pais que vivem apreensivos quanto à sobrevivência do seu bebê e à sua normalidade (ANDREANI; CUSTÓDIO; CREPALDI, 2006).

Neste sentido, Camargo, La Torre, Oliveira, Quirino, (2004), Ramalhão, Dupas (2003) e Schumacher (2002) sugerem a utilização de um espaço para os pais de bebê de risco, onde possam discutir os sentimentos vivenciados por eles, como uma estratégia para minimizar o estresse causado, sobretudo pelo medo da morte do bebê, que nem sempre são verbalizados nos relatos.

Em meio ao aumento das tarefas domésticas, foi feito, no segundo encontro, o relato do medo de perder a paciência com o bebê, em decorrência das condições físicas da mãe.

Porque o meu medo é de assim sabe? De eu me estressar com ela, de descontar nela, e eu não quero que aconteça isso. Que, por mais que a gente procure ter paciência, ter calma, às vezes acontece de

você estar tão cansada, tão cansada, que você já perde a paciência. Então, entre comer e dormir eu prefiro dormir (Mãe da Família Carinho-E2).

As mães se mostraram atentas em relação ao peso do bebê, e a perda ou ganho de peso abaixo do esperado era motivo de preocupação.

Aí eu vim para casa, e minha preocupação é que ela não perca peso (Mãe da Família Carinho-E1).

Considerando que já tinha três dias que ela estava em casa e só ter engordado 25g, eu achei pouco, no hospital ela estava ganhando 35 g num dia, fiquei preocupada, não quero voltar prá lá não! (Mãe da Família Alegria-E1).

As famílias perceberam a expressão de sentimentos dos filhos mais velhos, associados ao nascimento do bebê, caracterizada por alterações no seu comportamento.

Ah, eu percebi que meu filho teve mais ciúmes do pai do que de mim, quando o bebê nasceu. É só o pai pegar o bebê, mexer nela ou falar com ela, que ele já pro lado dele e vai pro colo, falando que não vai deixar ele ficar com o bebê. Mas comigo não, até me ajuda, agora com o pai é diferente! (Mãe da Família Alegria-E1).

Porque o menino mais velho tem que dar banho, trocar, por causa da menina, tá ficando dependente. Tem hora que o ciúme dele tá demais com ela, tá bastante mesmo. Eu é que não prestei atenção antes (Mãe da Família Carinho-E4).

A percepção de ciúmes dos filhos mais velhos pelas mães foi relatado tanto no primeiro como no quarto encontro, apresentando retorno da dependência deles na realização de atividades diárias ou certa agressividade.

Quanto às alterações do comportamento de filhos mais velhos, Valansi e Morsch (2004) apresentam algumas questões relacionadas que podem justificar essas alterações. De acordo com as autoras, deve-se considerar que o nascimento de um bebê também provoca inúmeras mudanças na vida dos outros filhos, que se iniciam antes da chegada do bebê, tornando uma experiência extremamente difícil, em particular no caso de bebê prematuro e de BP. Nesse caso, além das alterações nas rotinas, a atenção e o tempo disponível dos pais para os filhos mais velhos é diminuído, em consequência de seus sentimentos de preocupação e às tarefas

referentes ao bebê de risco que acaba de nascer. Outro fator apresentado é que a família, na tentativa de proteger os filhos mais velhos, muitas vezes, afasta-os da situação e deixa de conversar com os mesmos sobre os sentimentos deles em relação à situação, prejudicando as crianças ao lidar com as dificuldades associadas ao nascimento de um bebê pequeno demais ou doente. Afirmam que as crianças saem-se melhor quando continuam a fazer parte da rotina doméstica e experimentam a nova situação familiar junto aos pais.

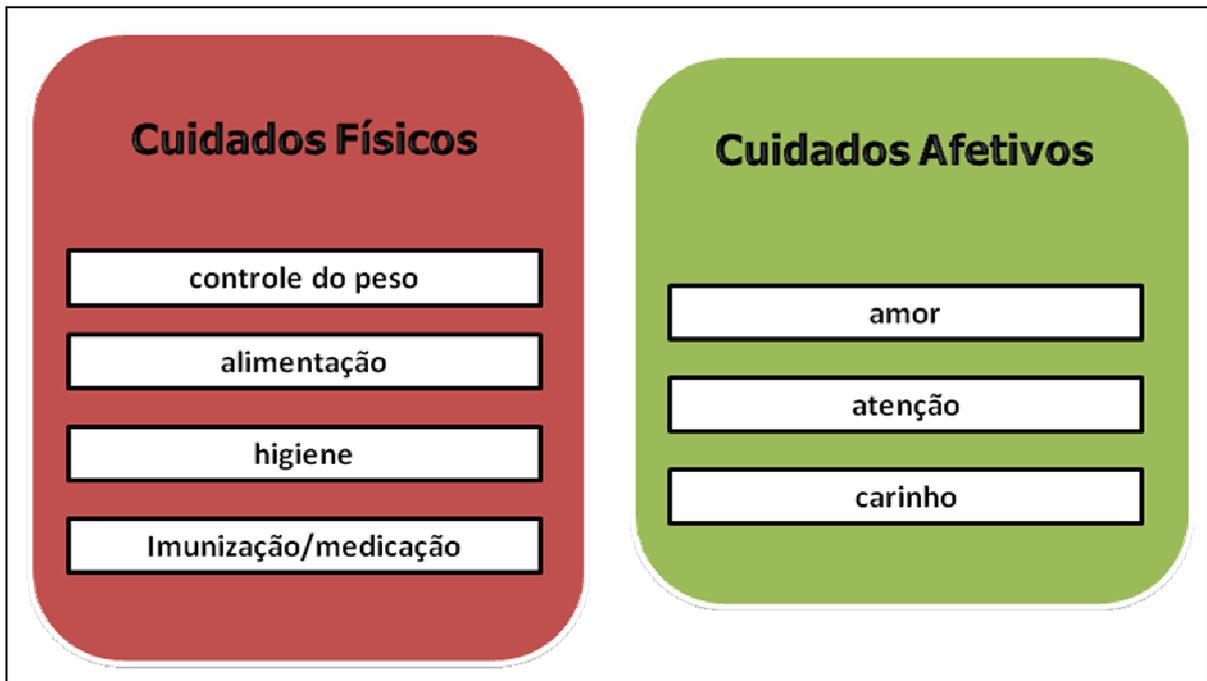
Em relação aos sentimentos vividos pelas famílias, ficou evidente que foi comum a elas o fato de o nascimento do BBP ter sido sentido por elas como uma experiência bastante intensa e única, na medida em que lhes provocou reações e pensamentos bem particulares nunca antes vivenciados.

[...] o meu filho mais velho nasceu prematuro e de BP também, mas agora foi diferente. Cada um é diferente do outro, ela nasceu menorzinha, mais dorminhoca, precisa de muito cuidado (Mãe da Família Carinho-E1).

Os relatos mostram a diversidade e intensidade dos sentimentos vividos pelas famílias no cuidado domiciliar a um BBP. Às vezes, mostraram-se ambivalentes quando expressaram contentamento por estarem de volta à sua casa, mas amedrontados diante das situações difíceis e inesperadas que deveriam enfrentar. Os sentimentos positivos, que a princípio se apresentavam em menor dimensão em relação aos sentimentos negativos, foram se fortalecendo e se tornando mais presentes, enquanto os negativos foram diminuindo ou, pelo menos, sendo enfrentados com mais equilíbrio.

4.2.2 Cuidados cotidianos com o bebê

Com a chegada no domicílio após a alta hospitalar, iniciou-se uma nova etapa na vida das famílias acompanhadas neste estudo. No decorrer dos encontros, descreveram sua rotina de cuidados físicos ao bebê, relacionados à amamentação, alimentação, higiene, ao uso de medicamentos, vacinação, conforto e cuidados afetivos, com observações do seu crescimento e desenvolvimento.



Quadro 7 – Cuidados cotidianos com o bebê.

Do nascimento até completar seis meses de vida, o bebê se encontra numa etapa de constantes transformações e adaptações, completamente dependente de cuidados para que possa crescer e se desenvolver saudavelmente. É na família que, segundo Marcon, Elsen (2004) e Michielin (2005), a criança encontra seu referencial e sua ligação com a vida, bem como o atendimento de suas necessidades. Para as autoras, a família é o primeiro grupo social em que a criança se insere ao ser criada, está, acima de tudo, sendo cuidada de maneiras bem particulares, tendo relação direta com seu contexto de vida, cultura e crenças.

Para o atendimento das necessidades dos BBP, as famílias descreveram tanto os cuidados físicos como os afetivos e a maneira como foram realizados nesses primeiros seis meses no domicílio

Quanto aos cuidados físicos, desde o primeiro encontro, as famílias evidenciaram a necessidade de manter a rotina de pesar o bebê, o que nem sempre puderam realizar com facilidade.

Porque tem que levar a cada 48 horas para pesar. Tem que ser de dois em dois dias, mas não sei se vai dar. Se fosse perto daqui! (Mãe da Família Apoio-E1).

Pois eu sempre passo lá prá pesar, ver a pressão. Porque na farmácia não pode mais. Só no postinho. Não sei se é lei municipal ou federal, mas agora não pode (Mãe da Família Carinho-E4).

Apesar de expressarem a dificuldade devido à distância ou por não conseguirem outro local, as mães chegaram à conclusão de que deviam ir à UBS para pesar o bebê.

Quanto a ida à UBS, não foi possível fazê-lo na frequência recomendada na alta hospitalar, uma das famílias providencia meios para pesar o bebê na própria residência durante o primeiro mês.

Vim pesar ela aqui, nós arrumamos uma balança.. Cada dia ela ganha mais peso (Mãe da Família Amor-E2).

No decorrer dos outros encontros, o controle de peso continuou sendo mencionado, mas foi observado que, para a maioria das famílias, a realização foi de maneira mais espaçada e tranquila.

Ela está com mais de quatro quilos. Agora, deve estar com quatro e quatrocentos (Mãe da Família Alegria-E3).

Não pesei ele estes dias, até tenho que levar prá pesar [...] (Mãe da Família Esperança-E4).

As famílias, de maneira geral, durante os encontros no domicílio, demonstraram ter clareza das orientações recebidas no hospital e dar a devida importância às recomendações de acompanhamento do ganho de peso, visto ser o ponto crítico para a saúde do bebê que nasceu de BP. Elas reafirmam que essa experiência, em consonância com o estudo de Andrade, Ribeiro e Silva (2006), configura-se num processo evolutivo de enfrentamento, fortalecimento, superações, determinando uma série de estratégias que organizam para cuidar do seu bebê.

Porém, no caso de uma intercorrência, a família é levada às práticas semanais de controle do peso, seguindo orientação médica do plano de saúde.

Eu tenho que acompanhar toda semana, porque a doutora disse que ela tá com muito pouco peso [...] Eu disse que ela nasceu prematura, pesava bem pouquinho [...] Eu tenho que levar toda semana. Só que daí, hoje eu levei de novo e ela tava com 6,500 kg. Em 3 dias ela

engordou 200 gramas, é porque ela ficou doentinha, por isso que tinha perdido (Mãe da Família Amor-E4).

Tanto as famílias que acompanharam seus bebês na UBS como com os médicos do plano de saúde expressaram o entendimento da importância desse controle, e organizaram sua prática de acordo com as recomendações recebidas no hospital e no decorrer dos acompanhamentos. Tal constatação leva a inferir que o conteúdo dessa recomendação tenha sido trabalhado de maneira a atingir a compreensão de cada família. Evidência semelhante é referida por Alves (2005) em relação às práticas educativas, apontando-as como um recurso para a aproximação dos profissionais de saúde às necessidades das pessoas, em que o saber científico passa a fazer parte do cotidiano das famílias.

Além de manter a rotina para o acompanhamento do ganho de peso, foram mencionados cuidados quanto à alimentação do bebê. Durante a primeira semana de cuidados no domicílio, na percepção das mães, era importante manter os horários das mamadas. Apresentaram os seguintes relatos:

[...] é que ela não podia perder peso [...] aí ela tem o horário dela, que nem agora, eu não deixo passar [...] acordo ela e dou o mamá prá ela [...] às nove e depois meio dia (Mãe da Família Carinho-E1).

De três em três horas, mais tem que mexer, arrancar a roupa, mesmo assim é triste! (Mãe da Família Amor-E1).

A necessidade de manter os horários das mamadas decorre do fato de isto ser entendido como o meio mais eficaz para evitar a perda de peso do bebê. Sendo assim, mesmo encontrando dificuldades, pelas próprias características do bebê, as mães foram insistentes.

Nos primeiros meses de vida, o comportamento de um bebê prematuro é, habitualmente, mais imprevisível do que o de um bebê de termo no que concerne aos padrões de sono, atividade e alimentação, dificultando a tarefa dos pais. Este comportamento vai se modificando à medida que os seus sistemas internos vão alcançando níveis mais avançados de maturidade (MOURA; MARTINS, 2008).

Porém, apesar do cuidado com a frequência das mamadas, a maioria das mães informaram, no primeiro encontro, estar oferecendo o complemento.

Ai viemos prá casa com peito mais complemento no copinho, aí ele perdeu cinco gramas, então comecei dar na chucha, aí ele começou a pegar peso de novo. Meu leite não é suficiente prá ele, às vezes dou os dois peitos e vê que ele fica irritado, sai pouco, tá acabando a fábrica, aí eu dou o complemento para complementar (Mãe da Família Esperança-E1).

Aí eu ponho ela no peito, ela mama, mama e não sai mais leite. Eu faço uma mamadeira, quando eu não tenho leite faço isso, e é assim, um dia tenho, no outro não tenho... deixar ela com fome não tem jeito, ela vai perder peso! Então eu dou leite de mamadeira. Porque assim, eu ponho e ela fica, não sai nada, ela fica sem catar (sem mamar), mas daí ela fica com fome daí eu dou a mamadeira (Mãe da Família Apoio-E1).

Dar complemento às mamadas também é referido como um meio para manter o peso do bebê, que, entendem as mães, é necessário devido ao leite ser insuficiente. Percebemos, neste estudo, que, mesmo com as comprovações científicas a respeito das vantagens do aleitamento materno, das estratégias das políticas de atenção à saúde da mulher e neonato, a maioria das mães utilizou complemento para o leite materno logo que saíram de alta. Há que se considerar, como afirma Ichisato e Shimo (2001), que a amamentação, além de biológica, é histórica, social e psicologicamente determinada. Por isso, as crenças e tabus, herança sociocultural, influenciaram e influenciarão os diferentes significados do aleitamento materno para as mulheres, devendo-se levar em conta as identidades dos indivíduos envolvidos, a especificidade da cultura e o seu momento histórico.

Outras questões também podem ter relação com o uso do complemento para as mamadas. No decorrer das entrevistas, foram mencionados dois aspectos importantes: 1) durante a hospitalização, segundo as mães, apesar de toda a orientação e acompanhamento necessários quanto à amamentação tanto pela enfermagem como pelas fonoaudiólogas e médicos, em todos os seis casos, foi feito uso do complemento às mamadas; 2) associado às condições de nascimento dos bebês menores de 2000g, tivemos o tempo de internação e a demora para a realização da primeira mamada. Diante desse quadro, questionamos quanto esses fatos influenciaram a menor produção de leite após a alta hospitalar, relatada pelas mães, e sua opção pela continuidade do complemento.

O uso do complemento, para algumas mães, aconteceu devido à prática no ambiente hospitalar, mas percebe-se a atenção da mãe para a possibilidade de conseguir o aleitamento materno exclusivo.

Nos intervalos que ela não pega muito no seio [...] eu ofereço a chuquinha de NAN®, porque, antes lá no hospital, de três em três horas tinha que dar o leitinho do complemento então, antes do horário de mamar dela, daí eu dou o seio prá ver o quanto ela está mamando prá ir diminuindo ali o complemento (Mãe da Família Amor-E1).

Mesmo diante da dificuldade percebida em relação à pega do bebê, a mãe demonstra valorizar o aleitamento materno exclusivo e organiza uma estratégia para realizá-lo. Este procedimento está de acordo com o consenso mundial desde 2002, de que não há vantagem alguma na introdução de alimentos complementares antes dos seis meses de vida, por aumentar a morbimortalidade infantil pela diminuição da ingestão de fatores de proteção do leite materno e nutricionalmente inferiores ao leite materno (DEWEY; COHEN; BROWN, 2001, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Outra mãe afirma que, ainda no hospital, conseguiu oferecer leite materno exclusivo para seu bebê.

Já tirei o complemento lá no hospital. Ela tá mamando só o peito, inclusive quando ela chegou em casa ela mamou muito, mamou mais. No hospital, mamava assim, dava prá contar os minutos, dez minutos, aqui em casa não, meia hora, às vezes uma hora, ela pára aí a gente acha que ela dormiu, daí daqui a pouco ela está procurando, aí começa a chorar, daí eu dou de novo (Mãe da Família Alegria-E1).

Duas mães também mencionaram, no segundo encontro, estarem realizando o aleitamento materno exclusivo.

Quando vim da casa da minha filha, meu leite tava tudo empedrado, cadê o leite. Tinha sumido. Mas foi por pouco tempo, não, eu não dei a chuquinha. Queria produzir meu leite. Ela está mamando só o peito, e ela não pega a chuca (Mãe da Família Amor-E2).

Na hora de mamar, ela mama só o peito, ela suga tanto, que, às vezes, é mais do que pode engolir (Mãe da Família Alegria-E2).

Pelos relatos no primeiro e segundos encontros, as mães, apesar de algumas dificuldades, esforçaram-se para manter o aleitamento materno exclusivo desde o período do internamento. Além da maneira insistente, foi observado na

fisionomia das mães contentamento pela realização dessa tarefa e ausência de expressões quanto a algum sentimento negativo. Concordando com o descrito neste estudo, Saraiva e Coutinho (2007) defendem que, apesar da alta incidência da depressão pós-parto, o senso comum a respeito das expressões afetivas vinculadas ao período da maternidade aponta para uma crença de que essa vivência proporciona sentimentos agradáveis e prazerosos para todas as mulheres, longe, portanto, de vir atrelada ao sofrimento e à dor humana.

Além da superioridade já comprovada do aleitamento materno, o uso de aleitamento artificial está sujeito à contaminação e mesmo a erros em sua diluição, como relata a Mãe da Família Esperança.

Na lata, tá pedindo assim [...] pede três medidas, mas a gente estava pondo uma e uns quebrados, porque a gente estava fazendo errado, ai parei e deu lá, não é assim, daí agora, a gente está fazendo do jeito que está pedindo (Mãe da Família Esperança-E2).

Apesar da dificuldade financeira relatada por essa família, pela descrição da mãe, o engano quanto à forma de diluir o leite não teve relação com esse fato. Ao viver a transição para o papel da maternidade, a mulher vive momentos agradáveis e felizes, porém apreendemos em falas que o dia-a-dia se apresenta permeado de dificuldades diante de realidades nunca vividas. A construção da experiência é erigida com erros e acertos, embora permaneçam determinados no cuidado ao bebê (BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008; MACHADO; ZAGONEL, 2003).

O terceiro encontro foi marcado pelo retorno do complemento, visto que uma das mães foi orientada pelo pediatra.

Não é que eu tenho pouco, mas agora o pediatra falou que ela tá crescendo, às vezes quer mamar mais. E meu leite não está sendo suficiente prá ela. Ela mama e acaba e começa a ficar nervosa, começa a chorar e mama, mama e não sai leite. Aí não teve como, tive que complementar com o NAN® (Mãe da Família Alegria-E3).

Além da avaliação da mãe quanto à necessidade do complemento para seu bebê antes dos três meses de vida, pela sua fala, compreendemos que o profissional não tomou tempo para avaliar e compreender todas as causas da introdução do complemento. Ele apresentou orientações dissonantes ao defendido por Zampieri e Cartana (2005), que afirmam: além da família, a postura da equipe de

saúde é um dos fatores básicos para a decisão e continuidade da amamentação. É necessário que o profissional avalie as condições das mamadas, o ganho de peso do bebê, bem como os fatores biopsicossocioculturais que possam estar associados a esta decisão, conseguindo conhecer os verdadeiros motivos ao analisar individualmente cada situação (CORREA; REGIANE; LUQUE; ROCHA, 2006; ZAMPIERI; CARTANA, 2005). Por outro lado, acrescentam Narchi, Fernandes, Gomes e Higasa (2005), alguns profissionais não valorizam o aleitamento exclusivo e recomendam o complemento com outras formas lácteas, mesmo antes de tentar superar as dificuldades da mãe e da família.

É importante acrescentar as recomendações preconizadas pelo MS (BRASIL, 2002), que afirma ser o leite materno o alimento que contém tudo que o bebê precisa até os seis meses de vida, inclusive água em quantidade suficiente, e somente a partir dessa idade precisa ser complementado.

Pela descrição da decisão da mãe e a postura do profissional em recomendar o complemento sem mesmo realizar qualquer ação para continuidade do aleitamento materno exclusivo, percebemos o descompasso entre o ideal e o praticado na amamentação do BBP.

Após a introdução de complemento realizado, no terceiro encontro, a mãe deu a entender que poderia ter amamentado mais tempo, o que vem ao encontro da discussão anterior sobre a postura adequada do profissional de saúde frente à amamentação.

Bom, eu pude amamentar só no peito por três meses e meio, então comecei a dar o NAN® e o peito (Mãe da Família Alegria-E3).

Ao dar o complemento com o leite NAN®, foi referido pela mãe a promoção de maior período de sono do bebê, o que avalia como uma facilidade.

O NAN® facilitou bastante a minha vida. Porque, de noite, ela passa um bom tempo dormindo, dorme praticamente a noite inteira. Então, o NAN® facilitou bastante e [...] (Mãe da Família Alegria-E3).

Porém a mesma mãe menciona que, ao mesmo tempo que facilita sua vida, o leite NAN®, como complemento, implica em outros cuidados, demandando mais tempo.

Se sair de casa, tem que carregar. Tem que arrumar mala, a mala dela, um monte de coisa, levar NAN®, levar mamadeira, arrumar as coisas dela, arrumar ela [...].

E dependendo do lugar que eu vá, não dá prá mim ir porque o NAN® não pode deixar esfriar, não pode esquentar de novo, se faz tem tomar né? Não pode deixar prá dar uma outra hora. Tem que fazer e já dar (Mãe da Família Alegria-E3).

A utilização do leite industrializado aumentou os cuidados referentes ao preparo da alimentação do bebê e, algumas vezes, dificultou a vida social da família.

Quanto aos cuidados com a alimentação, levando em conta que o bebê esteve internado por dois meses e o terceiro encontro foi realizado três meses após a alta, apreendemos do relato que o desmame total, com a introdução de leite de vaca mais farinha e início da alimentação do bebê, deu-se antes dos cinco meses.

O leite de vaca integral, daí põe uma colheradinha de farinha láctea. Ele toma com leite, ele come mamão purinho [...] e mel. Maçã resseca também, né? Daí eu não dei. Mamão ele gosta bastante, mais eu não dou muito não porque também não é muito bom. A minha mãe, esses dias, deu umas duas colherzinhas de caldo de feijão prá ele. Ah, o que dá prá ele eu acho que ele toma, porque o pai dele deu leite com negócio de morango, ele tomou, aí, eu dei uma vez com colher de Nescau®, ele tomou. Tã tomando água. Suco ele já toma. Ele adora o suco de laranja. Então, o pai dele trouxe a lima, mas eu acho que nem cheguei a fazer. Fiz com a pera e dei suco compradinho de caixinha. A banana ele não gostou, da maçã. Nem com mel (Mãe da Família Esperança-E3).

Em outro relato, a mãe utilizou o conhecimento informal e, por conta própria, acrescentou uma farinha ao leite substituto.

Aos cinco meses, ela começou a mamar só o leite de saquinho e eu nem falei para a pediatra ainda, mas estou engrossando com mucilon, uma vez de milho e outra de arroz, porque um prende e o outro solta, né? Quanto ao almoço e a janta, ela come melhor na janta, não sei se é porque está todo mundo junto aqui em casa (Mãe da Família Alegria-E4).

Podemos perceber pelo relato a ausência da participação do profissional nas decisões para o cuidado com o bebê e a mãe tomando suas decisões, possivelmente, embasadas em suas experiências anteriores e suas crenças.

Ao ouvir as mães ainda durante o quarto encontro, chamou-nos a atenção o fato de todos os bebês terem realizado o desmame total e estarem recebendo algum tipo de alimento, inclusive industrializados.

Ele ainda está mamando a farinha láctea e leite integral de caixinha. Tem dia que ele mama mais, tem dia que mama menos. Ele come sempre feijão com legumes. Cenoura, beterraba, batatinha [...] Eu dou também suco de caixinha, de vez em quando dou de alguma fruta natural, mas agora não, pois quebrou o liquidificador. Assim, laranja, cenoura, só assim né [...] Ele gosta de banana, mamão, maçã, gosta de yogurte, danoninho, estas coisas [...] mas minha mãe disse que não é muito bom dar isso prá ele. Mas ele aceita bem. Come de tudo. Se a gente estiver comendo um pedaço de bolo, ele olha como quem tá pedindo, aí a gente dá. De tudo que a gente vê que puder dá ele come [...] Estes dias ele chupou sorvete, gostou do sorvete, tb. Dei uma vez só chocolate. Amassei no meu dedo, meio que derretendo e dei prá ele. Ele ficou chupando, chupando [...] (Mãe da Família Esperança-E4).

De acordo com a descrição da mãe, a introdução de alimentos complementares teve início antes dos seis meses de vida do bebê. Enumera a introdução de uma grande variedade de alimentos com boa aceitação, mas com algumas sugestões de restrição orientadas pela avó. Esse relato nos leva a concordar com Zanatta (2006) quando afirma que os problemas com a introdução de alimentos complementares não estão superados. A autora apresenta a necessidade da intensificação dos trabalhos educativos sobre a importância do aleitamento materno e o manejo da amamentação, considerando um trabalho lento, que exige persistência dos profissionais.

Levando em conta os benefícios do aleitamento materno, devemos considerar o que afirmam Spyrides, Struchiner, Barbosa e Kac (2005, p. 150):

A orientação nutricional às mães melhora as práticas de alimentação no sentido de evitar o uso prévio de fórmulas e no sentido de permitir uma maior variedade e qualidade de alimentos oferecidos após os seis meses. Os benefícios da complementação alimentar sobre o crescimento infantil dependerão da qualidade nutricional dos alimentos de desmame, do efeito sobre o consumo de leite materno nas crianças e do risco de infecção além dos fatores socioeconômicos e ambientais.

Para manter o cuidado com a alimentação do bebê, outra mãe afirmou estar seguindo criteriosamente as orientações médicas tanto para as mamadas como para as refeições do almoço e jantar.

A doutora disse que temos que cuidar bem dele. Tá com pouco peso. Perdeu porque ficou doentinho. Ela disse prá dar comidinha, senão ele não pega peso. Eu tô fazendo tudo que ela mandou. Mamadeira bem cedo, sete horas, às nove papa de frutas e, no almoço e janta, papa salgada. Ele tava perdendo peso, porque tava dando só o leite NAN®, eu não sabia disso, que só leite deixava criança desnutrida. Aí, a doutora falou que era prá mim dar papinha salgada no almoço e na janta e frutas também (Mãe da Família Atenção-E4).

Apesar de terem passado seis meses após a alta hospitalar, a mãe demonstrou o desconhecimento sobre a idade correta para a introdução dos alimentos, prejudicando o ganho de peso do bebê. Nesse caso, o bebê já se encontrava com oito meses de vida no quarto encontro, uma vez que o mesmo ficou dois meses internado e, logo em seguida à alta, a família já providenciou um plano de saúde e os retornos foram frequentes, de acordo com registros observados na Carteira de Saúde do bebê e relatos da mãe.

Essa situação mostra a necessidade de repensar as práticas do cuidado, especialmente as educativas, dos profissionais de saúde, sobretudo a enfermagem, já que o modelo assistencial utilizado não favoreceu a prática da amamentação. Segundo pesquisadores, a educação perpassa por questões pedagógicas, bem como por questões culturais. Rodrigues, Fernandes, Silva e Rodrigues (2006) referem que a arte de educar deve ser compreendida como algo mais do que a atividade de passar conteúdo de forma que haja entendimento por parte da mulher. No estudo realizado pelos autores, as puérperas entrevistadas evidenciaram deficiência nas informações recebidas durante o período hospitalar, estendendo-se após a alta hospitalar, visto que persistiram dúvidas quanto à prática da amamentação. Ramos e Almeida (2003), em estudo sobre amamentação, concluíram que o esforço deve ser no sentido de que um novo valor cultural possa fazer parte da vida da mulher, sendo necessário que o modelo assistencial seja capaz de lidar com as condições de vida das mães que amamentam, já que elas determinam a realização da amamentação.

Para o cuidado com o bebê, as famílias mencionaram a necessidade da higiene do bebê, dando atenção ao banho e cuidados com o períneo após as trocas. Para manter a integridade do períneo, uma família afirmou utilizar medicação com frequência, mencionando sua preferência entre os produtos oferecidos pela UBS.

Às trocas de fraldas, eu uso pomada para evitar assadura, mas essa que eu peguei no posto é muito mole e sai logo, a hipoglós é melhor, mais grossa e demora mais a sair! (Mãe da Família Apoio-E2).

Quanto à higiene do bebê, as mães destacaram os cuidados com o banho diário. Contudo, o mesmo foi realizado com uma frequência específica de acordo com o peso, em particular até o final do primeiro mês após a alta.

O banho, estou dando de dois em dois dias, como no hospital (Mãe da Família Esperança-E1).

[...] E o banhozinho [...] estou dando um dia sim no outro não! Que nem no hospital (Mãe da Família Amor-E1).

Estou dando banho assim, um dia sim outro dia não, até ele pegar mais peso (Mãe da Família Atenção-E2).

Com o ganho de peso do bebê, a frequência pode ser alterada, sendo descrita de acordo com as recomendações dos profissionais.

Agora que já está com mais de dois quilos, dou banho nela todo dia. (Mãe da Família Amor-E2).

Pelas falas, é possível observar que o cuidado em manter o banho em dias alternados foi considerado importante pelas mães até que o bebê ganhasse mais peso. Desta forma, os cuidados realizados estão de acordo com as recomendações científicas, que afirmam ser a manutenção da temperatura essencial à sobrevivência desses bebês, porque os mesmos se resfriam e se superaquecem com muita facilidade. Frente às características dos BBP, é necessário manter os banhos em dias alternados, com seu desenvolvimento e crescimento pode ser dado banho todos os dias (FONSECA; SCOCHI, 2005; SCOCHI; GAÍVA; SILVA; RIUL, 2002).

Por ocasião do terceiro encontro, como houve queda na temperatura ambiente e vários dias de chuva, as falas abaixo mostram o cuidado que a mãe teve para dar o banho no bebê.

Ah, o que eu acho difícil é o banho! Eu tenho muito medo do banho, porque caiu muito a temperatura dela muito rápido! Então que que eu tô fazendo? Quando eu não tenho o ar condicionado em casa, eu faço assim, eu esquento o banheiro com numa latinha de álcool, esquento bem o banheiro, coloco tudo as coisinhas dela no banheiro,

só que eu preciso de uma pessoa prá me ajudar, e aí eu pego espero esquentar bem e aí ela junto lá pra conforme a temperatura dela for aumentando conforme a temperatura do banheiro né? Aí eu dou banho numa água bem quentinha um pouco mais demorada, porque quando a gente fica mais tempo no chuveiro não aquece? Aí então, [...] eu faço bem quentinha a água e demoro ali dando banho, ela nem chora prá dar banho. Aí terminou, eu seco bem e aí a pessoa vai passando a roupinha dela prá mim no ferro, aí eu coloco a roupinha bem quentinha, aí eu espero um pouco ali dentro..porque quando sai no quarto é aquele choque e no quarto eu já deixo uma chuquinha esquentada porque sempre que toma banho ela mama e dorme, aí eu já aqueço o quarto já tiro ela e dou o mama ali mesmo e ponho ela pra dormir e aquece (Mãe da Família Carinho-E3).

Só que agora quando tá muito frio, eu estou dando banho na hora do almoço, na parte mais quente do dia. Hoje, por exemplo, não dei banho ainda, acho que não vou dar, tá muito frio, tenho medo dela pegar gripe (Mãe da Família Alegria-E3).

Além da riqueza em detalhes da narrativa, fica patente a dedicação e responsabilidade da mãe em proporcionar ao bebê o melhor cuidado possível, contando mais uma vez com o apoio de familiares.

Em relação ao banho do bebê, chamou à atenção a crença de uma família, de que a água deveria estar com temperatura ambiente, crendo no benefício para a saúde do bebê na prevenção de doenças.

Meu marido acostumou na água normal, só uma temperatura. Com a minha filha foi assim, acostumou dar o banho na água normal mesmo, não na água morna. Aí meu marido faz assim porque ele acredita nisso, e com a nossa outra filha foi assim, dei banho na água natural e ela nunca foi pro hospital com nada! Nem com gripe nem com pneumonia, nunca ela foi pro hospital não, nunca ficou internada com nenhum problema, nunca adoeceu e estamos acostumando ele na água normal também. Só que eu dou o banho e ele grita muito, eu dou um banho rápido, porque fica muito frio, né? Eu pego e já enrolo. Quando o tempo é quente eu dou banho com a água natural, da torneira, como eu te falei, se tiver frio eu morno a água (Mãe da Família Atenção-E2).

A mãe pareceu um pouco temerosa, restringindo-se a essa prática apenas nos dias mais quentes e também percebeu alteração do comportamento do bebê. Mas, finalmente, acrescenta com ênfase que essa prática com a filha mais velha trouxe resultado positivo. As práticas naturais de saúde, muitas vezes, estão ligadas às crenças populares e às necessidades de sobrevivência de um povo, sendo o banho frio, segundo Rangel, Moreira, Jerônimo e Ribeiro (2007), uma das

principais orientações da família quanto ao cuidado com o RN para evitar problemas alérgicos no futuro. Chamilco (2004) assevera que as crenças populares estão disseminadas por todo território nacional, de acordo com as diferentes formas de organização de cada região.

Porém, no quarto encontro, ao perguntar como estava realizando o banho, essa mãe contou sobre uma internação de três semanas e que o bebê ainda estava com tosse. Explicou como estava realizando o banho a partir de então:

Paramos de dar o banho com água fria depois do internamento, eu e o pai dele deixamos de dar. Achamos melhora nele. Foi como você falou, foi melhor prá ele (Mãe da Família Atenção-E4).

A influência de crenças populares para o cuidado com o bebê também foi evidenciada em outra família. A mãe, preocupada com as características da cicatriz umbilical, que se achava saliente, iniciou o uso de uma moeda sobre ela com uma faixa ao redor do abdômen para prender a moeda. Referiu, um pouco desconcertada, certa dificuldade em manter a moeda no local por muito tempo e, no momento da troca da fralda, percebia que a mesma estava caída dentro da fralda.

Eu ponho moeda no umbigo, ela é como os outros dois, com uma umbigo grande, prá fora. Em todos eu usei, é para o umbigo ficar baixinho. Mas, agora, não usei muito, eu ponho mas às vezes cai [...] (Mãe da Família Apoio-E2).

Um estudo realizado no Bairro do Leme, na Zona Sul do município do Rio de Janeiro, em 2004, apontou que oito (20%) das mães usaram simpatias para o coto umbilical. Seis delas colocaram gaze sob uma moeda e duas outras utilizaram o cinto. Ao serem questionadas sobre o porquê da sua realização, elas informaram que era para prevenir a hérnia umbilical, o que corrobora com a razão apresentada neste estudo (RANGEL; MOREIRA; JERÔNIMO; RIBEIRO, 2007). Salientamos que é preciso conhecer as várias formas de cuidar e suas crenças em relação ao aleitamento materno, coto umbilical, cólica do lactente para que o cuidado seja significativo e terapêutico, atendendo às reais necessidades do bebê e sua família (LEININGER, 1991).

O início da vacinação, cuidado fundamental para a prevenção de doenças do bebê, deu-se ainda no hospital, segundo relatos das mães. A continuidade desse

cuidado foi realizado adequadamente por quase todas as famílias, quatro delas referiram espontaneamente sobre a ida à UBS no final do primeiro mês.

Já fizemos as vacinas, agora só tá faltando fazer essa, a segunda dose da hepatite B (Mãe da Família Amor-E2).

Ela tomou a BCG, né? e tomou a segunda dose da hepatite B [...] aí eu vou voltar quando ela completar dois meses prá ela voltar tomar outra dose, ela vai tomar quatro doses de hepatite B. É que a primeira não vale. E aí ela vai tomar mais uma, está marcado lá (Mãe da Família Alegria-E2).

Olha a carteirinha de vacinas dele, já fiz todas. Agora só ir nas datas marcadas direitinho (Mãe da Família Esperança-E2).

É ela tá meio agitada, porque ela tomou as vacinas ontem. (Mãe da Família Carinho-E2).

No terceiro encontro, uma dessas mães referiu estar atrasada com as doses agendadas na carteirinha.

A doutora do postinho disse que tem levar ele prá tomar as vacinas atrasadas (Mãe da Família Esperança-E3).

Ao retornar no último encontro, a mãe, prontamente, trouxe a carteirinha de vacinas, sendo observado que já se encontrava com todas as doses em dia.

Porém uma das mães, desde o início dos encontros, não conseguiu manter o prazo para as doses, relatando, ao final, o que foi necessário fazer.

E as vacinas teve que começar tudo de novo, porque como a gente ficou prá cima e prá baixo com ele nos médicos, passou do tempo (Mãe da Família Atenção-E4).

Segundo o relato, o fato de ter muitas idas ao médico prejudicou a realização das vacinas. Pela observação das condições socioeconômicas da família, e um relato anterior de dificuldade financeira para pagar as passagens para os retornos aos especialistas, possivelmente, esses fatores também tenham contribuído para a não-realização das vacinas conforme apazamento, como também a frequência das intercorrências, retornos constantes ao pediatra e aos especialistas.

Outro cuidado mencionado pelas famílias do estudo foi o uso de medicamentos tanto para o bebê como para a mãe quando necessário.

Na primeira semana após a alta, uma mãe se submeteu ao procedimento em benefício do bebê, ante a impossibilidade dele receber alguns medicamentos.

E eu tô tomando medicamento, e eles me passam, como ela não pode tomar as vitaminas, porque é muito pequenininha, eu tomo as vitaminas prá passar para o leite. Eu tomo complexo B, gincobiloba, vitamina C, sulfato ferroso e uma outra vitamina que é multi sei lá o que [...] (Mãe da Família Carinho-E1).

Tomar o medicamento no lugar do bebê, aparentemente, não constitui um problema e sim uma forma de cuidar, porque o anseio dela é ver seu bebê saudável, mesmo que, para isso, tenha que fazer algum sacrifício.

Por ocasião do segundo encontro, apenas um dos bebês estava tomando remédio regular e este era para tratamento do refluxo gastroesofágico, e a mãe revelou a preocupação em manter a regularidade nos horários da medicação, especialmente porque observou as vantagens em seu uso.

Mas também eu dou o remedinho na hora certinha eu não deixo passar, porque com o remedinho, às vezes, ela fica três mamadas sem vomitar (Mãe da Família Carinho-E2).

Outra mãe, somente no terceiro encontro, iniciou a medicação para refluxo e anemia. Houve alguma dificuldade de diagnóstico, relatou a mãe.

Depois de acharem que o bebê tinha só cólica e manha, fez exame e deu anemia e refluxo. Agora eu tô dando o remédio do refluxo só, até ela ir acostumando um pouco. Depois vou começar o de anemia. A médica falou senão fica muito remédio. E esse da anemia solta o intestino, né? E essa daqui, desde que nasceu, é toda troca ela tem cocô. Porque não pode dar todas as quatro gotinhas, né? Tem que começar com 1,2, até uma semana e pouco, depois aumentar. Agora ela tá melhor, chora menos (Mãe da Família Amor-E3).

Aparentemente, a mãe conseguiu entender as orientações recebidas quanto à dose da medicação e o início da outra medicação e também observou melhora logo nos primeiros dias.

Ao voltar nesse domicílio para o quarto encontro, foi descrita uma nova situação quanto à medicação para o refluxo, que já estava suspensa.

Tá tomando ainda [...] medicação para refluxo. Essa semana comecei de novo, porque ela não tava querendo comer, ai eu pensei,

será que não é o estômago que começou a queimar, né!? Aí eu continuei dando Label, e aí já comeu (Mãe da Família Amor-E4).

Percebe-se que a mãe consegue notar a alteração no bebê, mas não procura orientação profissional, e retoma o uso da mesma medicação usada anteriormente para o refluxo, referindo bom resultado.

Diante das características do BBP e pensando no seu bem-estar, as famílias descrevem a necessidade de evitar a exposição do bebê em ambientes externos ao seu domicílio, ficando, na maioria das vezes, afastadas até mesmo das atividades religiosas.

Quando meu filho mais velho nasceu, ele (o médico) me ensinou que eu não poderia sair durante um mês, mas aí, como ela agora é bem prematura, então, durante mais ou menos uns três meses, eu calculei que eu não poderia sair. Por exemplo: ir até o mercado, deixar ela exposta com muita gente, ir prá igreja com ela, não posso ir [...] sabe? (Mãe da Família Carinho-E1).

Pôde-se observar que, para cuidar do bebê e evitar sua exposição, a mãe utiliza as informações médicas recebidas anteriormente, e toma a decisão por si mesma de aumentar o tempo de permanência em casa, diante da menor idade gestacional constatada por ela. Percebe-se, aqui, a ausência de orientações ou mesmo deficientes sobre particularidades específicas para essa família, tal e qual os relatos de mães entrevistadas no estudo de Rodrigues, Fernandes, Silva e Rodrigues (2006). Podemos destacar que o domicílio é o espaço adequado para a continuidade do acompanhamento das famílias, porque nele é possível o reconhecimento de suas crenças e valorização das suas habilidades, proporcionando a existência de um real processo educativo para o cuidado do binômio mãe-filho.

Outra questão da mesma importância, relatada pela mãe, ainda relacionada a evitar a exposição do bebê, foi o seu afastamento do convívio social, perdendo parte da sua liberdade individual. Não podendo se deslocar nem para realizar atividades corriqueiras, sua atenção, nos primeiros meses, esteve completamente voltada para o cuidado de seu bebê. Segundo Carter e McGoldrick (2001), é preciso reequilibrar a distribuição de tempo, energia e conexões psicossociais.

Apesar da vulnerabilidade do bebê ser conhecida e temida pela família, já no segundo encontro, as mães mencionaram a presença de características da sua evolução, apresentando a necessidade de cuidados diferentes da primeira semana.

[...] agora ela tá grandinha, ontem eu coloquei menos roupa e no berço grande e de noite ela dormiu melhor! Ela gosta de mais fresco! (Mãe da Família Amor-E2).

Eu coloco ela de ladinho, porque eu tenho medo, daqui a pouco ela já tá virada, então eu nem deixo mais ela na cama sozinha. E então ela já tá virando, se você coloca ela de costas ela levanta a cabeçinha, ela tá bem durinha, mais esperta. Até esses dias falaram, nossa como ela está durinha [...] então ela já acorda, dá sinal que ela acordou e não para quieta, sabe? Ela fica fazendo sonzinho com a boca [...] (Mãe da Família Alegria-E2).

Ao dar conta do crescimento e desenvolvimento do bebê que nasceu de BP, percebem a necessidade de adaptar os cuidados para melhor atender às suas necessidades.

Com o decréscimo dos momentos de medo, em especial quanto à sobrevivência do bebê, os pais começam a perceber como o bebê se desenvolve, como vai crescer, mesmo que, por vezes, tenham dúvidas, uma vez que não é possível fazer essas previsões com exatidão. As crianças não se desenvolvem como se fossem um relógio preciso, seguindo os marcos de determinado manual – cada uma avança a um ritmo próprio, particularmente se nasceu prematura (MOURA; MARTINS, 2008).

Os cuidados ficaram mais fáceis, de acordo com a descrição da mãe durante o terceiro e quarto encontros, por causa do comportamento do bebê durante o dia e na hora de dormir.

Ela sempre foi muito boazinha, foi sempre muito calma, sempre dentro dos horários, certinha. Eu diria assim, olha eu sou muito abençoada, e tenho muita sorte, porque ela é muito boazinha. Vêm minhas irmãs me visitar ou alguém me visitar [...] eu posso ficar aqui deitada o dia inteiro, com dor, que ela fica aqui comigo. Às vezes, ela vira, quer sentar, ela não reclama, sabe, um amor de criança. Ela é muito boazinha, saudável [...] então eu acho que isso me ajudou bastante. Imagina se ela fosse uma criança que tivesse muito problema de saúde, vivesse internada como outras! Porque ela assim, ela não dorme no colo, eu dou a chupetinha, dou o paninho, dou o mamá, ponho na cama, aí ela fica ali e dorme sozinha, porque eu já acostumei desde o começo (Mãe da Família Carinho-E4).

Além dos cuidados chamados técnicos, como higienização, alimentação, foram mencionados pelas famílias, desde o primeiro encontro, os cuidados afetivos, demonstração de atenção, carinho e amor dedicados aos seus bebês.

Agora é a rotina, né. Ver onde deixa ela, tem que ter cuidado com ela, não deixar ela sozinha. Eu não deixo ela nem um minuto, né (Mãe da Família Apoio-E1).

[...] gosto eu de cuidar, evito deixar com os outros, né? (Mãe da Família Esperança-E1).

Eu vou buscar o carrinho, porque fica mais fácil, né? Eu gosto sempre que ele fique aqui, perto de mim, senão eu fico preocupada... (Mãe da Família Atenção-E1).

Porque eu tomando a vitamina... cuidando dela certinho, porque é como os enfermeiros falaram, agora é o mamá de mamãe, e o amor, é isto que vai fazer ela engordar (Mãe da Família Carinho-E1).

Essas demonstrações estão intimamente ligadas ao amor materno e são importantes para a construção e o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê, que deve se iniciar ainda na gestação, por meio de práticas saudáveis de vida e aceitação da gravidez pela mulher e família, permitindo, dessa maneira, a identificação e o atendimento das necessidades do seu bebê (MATOS; MADEIRA, 2000; ZANATTA; MOTTA, 2007). Moura e Martins (2008) salientam que o ambiente que o bebê prematuro encontrar em casa, em termos de recursos afetivos e de suporte, exercerá influência em seu prognóstico, ou seja, a atenção, o carinho, estímulo e mimo, dados de forma adequada durante o desenvolvimento do bebê, serão fatores cruciais para seu sucesso e felicidade.

Com o passar do tempo, a mãe menciona modificações no comportamento do bebê e sua atitude diante das necessidades do mesmo.

Agora ele quer ficar sentado. Aí, eu ponho ele assim no meio das minhas pernas, espicho assim na minha cama e fico um tempão assim, equilibrando ele, brincando, conversando, aí ele fica. Aí, cansa, faz dormir, dorme. Aí ele fica sentado, você põe ele no travesseiro ele fica fazendo assim, tentando levantar, daí, tem que catar, sentar ele de novo (Mãe da Família Esperança-E3).

Ao perceber a evolução do desenvolvimento do bebê, a mãe se dispõe a oferecer sua companhia e atenção, permanecendo mais tempo com ele,

favorecendo a continuidade do vínculo, que deverá se estabelecer nos primeiros vinte e quatro meses de vida do bebê. Segundo dados da UNICEF (2006), os pais são as pessoas diretamente envolvidas com os cuidados de que a criança precisa, por isso o incentivo para que as competências dessas famílias sejam fortalecidas pelos programas já estabelecidos, como o PSF, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e outros que atuem em contato direto com as famílias.

Diante do exposto nesta categoria, percebemos que os esforços da família estiveram voltados para os cuidados físicos do bebê, especialmente para o seu crescimento, ao invés do desenvolvimento. A grande preocupação, em seus primeiros meses, foi que o bebê precisava engordar. Neste sentido, vale lembrar que precisamos apoiar as famílias, entendendo sua preocupação. Pela narração das famílias, desde o período de internação, as ações dos próprios profissionais estiveram com o foco no crescimento do bebê. Ao se referirem aos cuidados com o bebê ou suas condições de melhora, faziam-no condicionando ao seu ganho de peso.

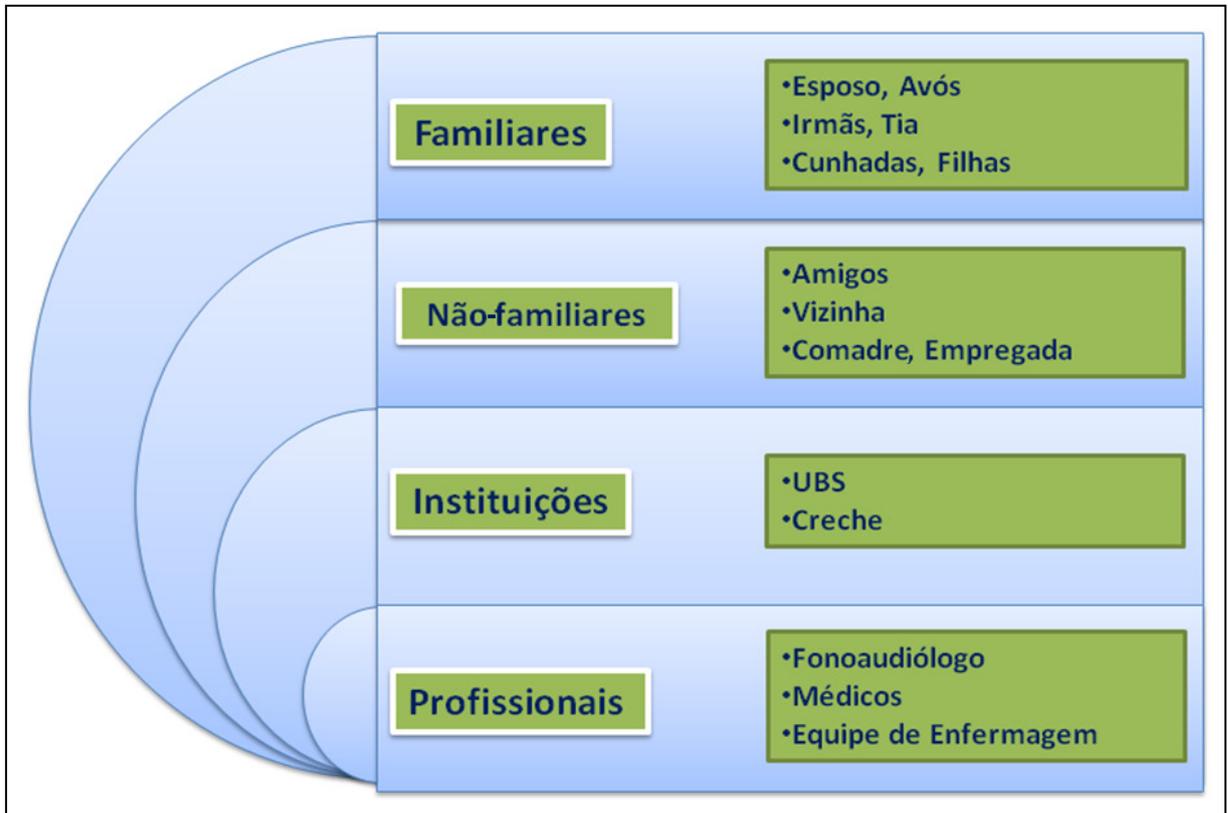
4.2.3 Rede de apoio à família após a alta hospitalar

Ao identificar essa categoria temática, foram considerados como rede de apoio os vínculos interpessoais significativos para o indivíduo, que não incluem apenas a família nuclear ou extensa, mas também os amigos, colegas de trabalho e estudo, bem como a comunidade, possuindo caráter dinâmico, podendo modificar-se com o tempo ou frente às alterações na vida das pessoas (SLUZKI, 2003).

Segundo Elsen (2004), Rocha, Nascimento, Lima (2002) e Simioni, Geib(2008), uma rede de apoio estável é geradora de saúde, tanto nos aspectos físicos como nos emocionais, sendo que, primariamente, este apoio provém da família, levando em conta o viver em conjunto de seus membros de maneira comprometida, identificando-se entre si e cuidando uns dos outros.

Pela leitura das entrevistas com as famílias participantes deste estudo, ficou evidente como é formada sua rede de apoio após a alta hospitalar, bem como em que situações foram acionadas várias fontes de apoio. Quanto às fontes de

apoio, foram destacados os suportes de familiares, não-familiares, instituições e profissionais.



Quadro 8 – Rede de apoio à família após a alta hospitalar.

A família sofre mudanças ao longo das diferentes fases do seu ciclo vital, e o nascimento de um filho é uma das fases em que a dinâmica familiar é alterada. No caso de um bebê de risco, as dificuldades da família podem se intensificar, devido ao internamento em UTIN, acompanhamento especializado após a alta hospitalar, bem como risco de complicações. A rede de apoio, nesse período, tem grande importância, visto que a mesma contribuirá para a reorganização da estrutura e das relações familiares e encontro do equilíbrio, favorecendo o cuidado do BBP (SIMIONI; GEIB, 2008).

Dentre os suportes familiares, as mães, de maneira marcante, apontaram a atuação do esposo, durante os encontros, como um dos principais apoios recebidos.

Meu marido, ele dá muita força prá mim, muita força. É como eu falei, é meu marido e eu, eu e meu marido, é nós dois. Se ele vê qualquer

coisa errada, ele já corre, é desse jeito. Tudo é ele que corre! [...] (Mãe da Família Atenção - E1).

O esposo, nesse relato, é valorizado e apresentado como a única pessoa de quem a mãe recebe apoio e, nas horas de dificuldade, é o provedor das soluções.

Segundo Dessen e Braz (2000), diante das alterações na fase de expansão da vida familiar, a rede de apoio contribui para a adaptação à nova realidade. Com o nascimento do bebê, a família tem necessidade de se organizar para enfrentar esse período e desenvolver habilidades para manter o equilíbrio da mesma, e a participação do pai é considerada fundamental tanto para a mãe como para os filhos. Além disso, às vezes, algumas mães e pais não conseguem seguir em frente sem uma ajuda especial, como referem Simioni e Geib (2008).

Durante esse período de transição, a mulher necessita de ajuda para se adaptar à nova situação fisiológica de nutriz e ao seu novo papel social de mãe (MOTTA; RIBEIRO; PEDRO; COELHO, 2004). Desse modo, o pai tem o principal papel de dar suporte emocional à mãe, por meio da presença física e afetiva, para que a mesma se sinta amparada (PEREIRA; MIURA, 2001).

Em relação à ajuda dos esposos, o pai relatou seu planejamento para estar presente nos primeiros dias em casa, afirmando estar atento às condições do bebê.

[...] é estou em casa hoje, porque deixei para tirar a licença paternidade só agora, depois da alta, daí posso ajudar minha esposa nesses primeiros dias [...] ah! eu presto bastante atenção, mais que ela (a Mãe), vejo a temperatura todo dia, olho o termômetro [...] (Pai da Família Atenção-E1).

Percebe-se, pelo relato, a disposição e organização do pai para contribuir no cuidado ao bebê após a alta hospitalar.

Porém, em estudo realizado por Zanatta e Motta (2007), o pai não foi evidenciado como suporte no nascimento dos filhos. No entanto, a autora defende que esse envolvimento deve ser estimulado desde o pré-natal, durante todo acompanhamento da gestação, nascimento e após o nascimento, oportunizando a aproximação e participação em todas as etapas do crescimento e desenvolvimento do bebê.

No presente estudo, desde os primeiros dias após a alta, é mencionada a disponibilidade do esposo, que organiza seu tempo para atender às necessidades da família, transportando os filhos e a esposa diariamente de um lugar para o outro.

Meu marido me traz aqui na minha mãe de manhã, quando vem almoçar leva o mais velho prá escola e à tarde busca [...] porque ele tem o carro e eu não tô dirigindo. Então, se você não tiver esta estrutura, você não aguenta (Mãe da Família Carinho-E1).

O depoimento demonstra ser imprescindível o acompanhamento à esposa e ao bebê para garantir a continuidade do cuidado especializado ao bebê.

Pediram prá consultar um especialista, marcou dia seis às oito e meia. Tem que ir lá na rua Néó Alves Martins. Vai ser difícil, mas é pro bem dela, então vai ter que levar (Pai da Família Apoio-E1).

Mesmo afirmando a dificuldade pela distância entre o domicílio e o local de atendimento pelo especialista, o pai reconhece a importância da consulta e se compromete em acompanhar a mãe.

Em relação aos cuidados cotidianos com o bebê, a participação dos pais se apresentou, a princípio, de maneira insegura.

Ele tinha medo de dar banho nela, porque achava que isso ia machucar, que ele não sabia pegar direito. Então, ele é meio desajeitado, mas ele pega. Às vezes, é ele quem cuida dela de noite (Mãe da Família Alegria-E1).

Ou apenas “ficando com o bebê” para que a mãe pudesse dar conta das tarefas domésticas e dar atenção ao filho mais velho

Então, o horário que eu tenho de tempo é à noite, quando meu marido chega em casa e fica com ela e é melhor prá mim, né? Então, às vezes, eu deito e fico até umas dez e meia porque eu não aguento, é aquele sono gostoso sabe? Às vezes, nesse tempo, aproveito para deixar tudo organizado durante a noite, mas antes disso, quando meu menino chega da escola tem que dar atenção prá ele. Ele chega daí eu fico um pouquinho com ele, tem um momento só nosso, sem o bebê estar no meio, daí meu marido fica com ela prá mim, porque senão o ciúme fica, né (Mãe da Família Carinho-E2).

Após o retorno do trabalho, a colaboração do pai no cuidado ao bebê, segundo a mãe, facilita a realização das suas atividades domésticas, bem como o relacionamento dela com o filho mais velho, permitindo também seu descanso físico.

A ajuda do pai também possibilitou o retorno às atividades sociais do casal, como apresenta a mãe:

Agora se eu tô com meu marido, eu vou longe. A gente foi lá na Mãe da Família Amor a pé! Que dia que foi? Quarta passada. A gente saiu daqui depois do almoço e fomos parar lá na Mãe da Família Amor. A pé, com ele no colo! E voltamos. Mas daí o pai dele levou e trouxe (Mãe da Família Esperança-E3).

A mãe refere ter sido possível o passeio, devido à companhia do esposo, visto que o mesmo conduziu o bebê. Interessante notar que a saída do casal é para realizar uma visita no domicílio da amiga que conheceu no período da hospitalização. Elas mantêm a amizade, frequentando a casa uma da outra, e aparentam uma relação de confiança e troca de experiências.

Os relatos, no quarto encontro, mostram que, aos poucos, os pais foram superando obstáculos e, gradativamente, assumindo mais responsabilidades, aumentando e diversificando sua participação nos cuidados cotidianos com o bebê.

Meu marido ajuda bastante. Para cuidar da casa, vou dando uma ajeitada durante a semana e, no domingo, eu limpo. E também no sábado eu fico em casa, não trabalho. Daí é ele quem fica com ela. Sai para dar uma voltinha de carro, faz mamadeira e faz dormir (Mãe da Família Alegria-E4).

Mas o meu marido está ajudando bastante agora, ele tá me ajudando bem. Ele dá comida prá ela, só não dá banho ainda. Às vezes, ele levanta de madrugada quando eu preciso. Ele levantava pra fazer o tetê [...] ele tá ajudando melhor com ela, porque eu acho que é adaptação, né? À noitinha, ele sai prá dar uma voltinha com ela, vai à pracinha ou, então, vai nos vizinhos conversar um pouco (Mãe da Família Carinho-E4).

Pensando na importância da participação do homem-pai no cuidado ao bebê, constatam-se, nas falas acima, mudanças de comportamento do pai em relação aos períodos anteriores da história, em que o homem se mantinha longe das atividades consideradas de responsabilidade das mulheres, como trocar fraldas ou fazer mamadeira.

Em estudo trigeracional sobre a experiência de famílias criarem seus filhos, foi descrita a mudança da participação dos pais no cuidado dos filhos. Os pais da primeira geração foram apresentados como enérgicos, sem envolvimento nos cuidados e nem demonstração de afeto. Na segunda geração, são apresentadas algumas atividades de proximidade com os filhos, como sair para passear com eles ou brincar. Já, na terceira geração, a participação dos pais foi apresentada como uma relação mais próxima, marcada pela demonstração de sentimentos de afeto, diálogo e maior disponibilidade para os filhos e para a realização de cuidados (MARCON; ELSEN, 2004).

Além do pai do bebê, verificou-se que outros membros da família, todas mulheres, integram a rede de apoio no cuidado com o bebê, oferecendo suporte aos pais. Entre essas pessoas estão as avós, a tia, irmãs, cunhadas e filhas.

A participação das avós paternas e maternas foi constante, especialmente as maternas, trazendo sua experiência, influenciada por suas concepções de vida, crenças, valores e conhecimentos.

O apoio propiciado pelas avós com hospitalidade foi mencionado como um cuidado que proporcionou segurança e tranquilidade frente a alguma intercorrência ou dúvida.

Aí, eu fiquei com medo de acontecer de novo, dela se afogar, então fiquei na casa da minha mãe por uma semana. Ah minha mãe [...] que me socorre quando preciso, quando tenho dúvidas do cuidado, converso com a minha mãe (Mãe da Família Alegria-E3).

Ou mesmo como um meio de conseguir o repouso cada vez que fosse necessário.

É, eu vim direto prá cá. Porque eu estava muito cansada. Porque hoje eu falei pra ela: mãe, eu vou ficar um tempo lá na sua casa... Até hoje, quando eu preciso e me apuro, é minha mãe. Agora mesmo, estou com essa dor, venho prá cá e fico aqui (Mãe da Família Carinho-E4).

Observamos, com base nestes relatos, que, poder contar com a possibilidade de ir para a casa da avó nos primeiros dias após a alta hospitalar do bebê nascido de BP ou mesmo mais adiante por problemas de saúde da mãe, constitui uma forma importante de suporte para a família destes bebês.

Com as mudanças na família pelo nascimento de um BBP, é colocada à disposição dos novos pais a experiência advinda de gerações anteriores com o propósito de ajudar nesse processo de adaptação. Em entrevistas com mães após o nascimento dos seus bebês, notou-se a grande importância do apoio social em suas vidas, o sentimento de estar amparada, sentir-se segura no desempenho do papel materno (SIMIONI; GEIB, 2008).

A ajuda das avós também foi importante para os cuidados com os filhos mais velhos, mencionado desde os primeiros dias até o final dos encontros.

Os dois mais velhos ficaram com minha mãe desde a internação e mais uns dois dias depois que ela veio para casa, até descansar um pouco, né? (Pai da Família Apoio-E1).

[...] e o meu filho mais velho também fica à tarde com ela (a avó), desde sempre, porque foi ela que criou ele (Mãe da Família Alegria-E4).

Além dos filhos mais velhos, as avós ajudaram nos cuidados com o BBP, ficando com eles quando a mãe se ausentava para conseguir o acompanhamento logo após a alta ou mais adiante quando retornou ao trabalho.

Então, eu nem levei ela, o postinho que tem pediatra é muito longe, deixei com a minha mãe, fui marcar consulta prá ela (Mãe da Família Apoio-E1).

Então, eu levo o bebê na minha mãe, ela fica lá até meio dia e quando a minha mãe vai para o restaurante ajudar meu pai, a Beatriz fica na escolinha, às duas horas minha mãe volta com ela para casa dela e, à tardezinha, eu vou buscar (Mãe da Família Alegria-E4).

Por ocasião do nascimento de um bebê, em vários estudos anteriores, ficou evidente o apoio oferecido pelas avós, representado pelo auxílio nas tarefas domésticas, orientações, cuidados físicos com o bebê e outros netos, apoio emocional e material, e entendido como importante para as famílias, por colaborar nesse período de transição (DESSEN; BRAZ, 2000; JUSSANI; SERAFIM; MARCON, 2007; SIMIONI; GEIB, 2008).

Especificamente em relação aos avós paternos, houve um relato sobre a ausência dessa participação. A mãe informou que sua relação com a família do esposo era muito boa, a sogra era como uma mãe, até que tiveram uma discussão

devido ao comportamento do filho mais velho, há dois anos atrás, quando passavam as férias em sua casa, que fica no litoral.

Quando eu tive o meu filho mais velho, ela (sogra) ficou comigo dois meses aqui. Sempre vinha aqui. Mas isso já faz dois anos. Ela não veio durante a gravidez desse bebê todinha, não veio quando ganhei ela e eu liguei prá ela chorando e pedi: Dona D vem que eu tô precisando da senhora! Eu tava precisando de família, mas não veio. Até hoje ainda não conhece a neta. É muito ruim ela não ter vindo ver a neta ainda! (Mãe da Família Carinho-E4).

Mesmo com o acontecimento de uma discórdia, na opinião da mãe, o nascimento de mais uma neta, de BP, que passou pela UTIN com risco de vida, a avó poderia ter a predisposição de vir conhecer a neta e ajudá-la. Inconformada com a atitude da avó, com um semblante triste e a voz embargada, compara sua participação durante o nascimento do primeiro filho e o do bebê.

A falta da participação da avó paterna foi vista por essa mãe como um ato de desamparo num momento de necessidade, quando a mesma desejava ser cuidada. De acordo com Jussani, Serafim e Marcon (2007), isso acontece em decorrência de não ter experimentado novamente o processo de dependência da infância, dificultando, muitas vezes, a mobilização da energia emocional para o cuidado com o filho de BP. Diante dessa fragilidade, a enfermagem deve empreender ações específicas, voltadas para as necessidades reais de cada família e com o objetivo de acionar todos os meios para efetivação dos cuidados ao bebê e sua família nesse período de adaptações.

Vale ressaltar que, durante os encontros, não foi mencionado o fato de a avó realizar os primeiros cuidados com o bebê, como, por exemplo, banho, curativo do coto, mesmo quando as famílias moravam no mesmo terreno ou na mesma casa que as avós. Isso se justifica pelo fato de as mães terem passado vários dias ou meses com o bebê internado e, durante esse período, terem recebido orientações e participado desses cuidados, qualificando-se para realizá-los no domicílio.

Além dos esposos e avós, outros familiares foram mencionados como integrantes da rede de apoio para o cuidado ao bebê, oferecendo suporte para os pais. Entre essas pessoas estão, a tia, irmãs, filhas e cunhada (da mãe do bebê).

As irmãs (da mãe do bebê) aparecem no relato como participantes desse processo, colaborando de várias maneiras para facilitar os cuidados com o bebê.

[...] porque eu tinha elas, minhas irmãs, cada um no seu tempo me ajudando [...] Então, quando eu tenho que ir no mercado, quando eu tenho que comprar alguma coisa ou ir rapidinho na farmácia, daí eu já digo prá ela: me leva ali? Daí ela me leva. Porque minha mãe também não dirige, né? (Mãe da Família Carinho-E1).

No terceiro encontro, outra irmã lembrou que, entre outras ajudas, pode realizar os primeiros cuidados do bebê e carregá-lo quando acompanha a mãe ao sair.

Primeiro banho foi eu que dei, falando prá ela o que era para fazer. Vacinação, leite, tudo, tudo. Quando ele fica gripadinho, eu vou lá no posto de saúde, já compro o remedinho e ele já sara. Titia não deixa passar nada! Chegamos no mercado não tava aguentando mais no braço. Aí a Mãe da Família Esperança falou: “troca de braço (risos), porque ele tá pesadinho” (Mãe da Família Esperança-E3).

[...] minhas irmãs, ajudaram bastante. Elas vinham e ficavam um pouco com ela pra eu poder dormir. Porque eu não podia dormir a noite toda, acordava toda hora, acordava prá dar o mamá (Mãe da Família Carinho-E3).

Mesmo estando longe de uma tia, a mãe se comunicou com ela durante esses primeiros meses para receber orientações, e por várias vezes, quanto aos cuidados cotidianos com o bebê, bem como em algumas intercorrências e cuidados pessoais.

Mas daí, minha tia que mora lá em Campo Grande. Ela falou prá mim: - não tira a cinta nem um minuto! Porque a cinta te ajuda a ter mais segurança, né? Você não pode ficar pintando o cabelo até o neném completar quatro ou cinco meses [...] faz sua dieta [...] e você ainda não melhorou porque não sossegou ainda! [...] minha tia que me orientou os produtos que eu tinha que usar com ela, por ela ser prematura, cuidar muito da higiene íntima dela [...] (Mãe da Família Carinho-E1).

A mãe consegue descrever cada orientação feita pela tia, demonstrando a importância e segurança em seguir cada uma delas, ficando evidente a influência das pessoas significativas no cuidado ao BBP.

Diante das necessidades das famílias, as cunhadas também estiveram presentes nos primeiros encontros após a alta, apoiando com orientações ou ajudando nos afazeres domésticos.

Minha cunhada tem filhos, e essa última era prematura de seis meses, daí eu converso muito com ela, somos muito amigas, agora nisso também, aí, eu converso bastante com ela (Mãe da Família Esperança-E2).

Ah essa coitada aqui meu irmão já viajou e ela tá cuidando aqui, ficando aqui na casa. É o dia inteiro aqui, fazendo de tudo. Daí, chega de noite quer dormir, né? (Mãe da Família Amor-E3).

Ou, mais tarde, podendo cuidar do bebê quando a mãe precisa se ausentar do lar e o mesmo não depende do aleitamento materno exclusivo.

Quando preciso, como um sábado desses que fui para Paranaíba com meu marido, participar de uma feira e entregar uns produtos que fabricamos, a minha cunhada fica com ela prá mim (Mãe da Família Alegria-E4).

Ter uma cunhada ou irmã ajudando nos afazeres domésticos possibilitou a essas mães ficarem mais tempo à disposição dos bebês, como também descansarem nos momentos possíveis.

Segundo o relato das mães, além do suporte dos familiares, elas receberam ajuda de não-familiares, como amigas, vizinha e empregada, que fizeram parte da sua rede de apoio nos seis primeiros meses.

As amizades formadas com mães de outros BBP durante a internação fizeram parte também desse período após a alta. As mães mencionaram que continuam se comunicando por telefone e até frequentando a casa umas das outras.

[...] elas viraram minhas amigas. A gente liga uma prá outra e aí a gente fala: você foi na médica? Como é que foi? O que ela falou da sua neném? Então, a gente troca informações (Mãe da Família Carinho-E1).

Outras amigas mencionadas são as comadres que estão próximas, ajudando com os cuidados ao bebê, afazeres domésticos e com orientações

Ela é minha comadre, mora aqui do lado, sempre está aqui para ajudar e conversamos muito, trocamos idéia. Às vezes, leva a Gabi prá casa dela, mas ela chora muito, logo tem que trazer de volta! (Mãe da Família Amor-E3).

Nos momentos de desespero diante de uma intercorrência, a ajuda de uma vizinha foi o suporte utilizado pela família.

[...] fiquei apavorada comecei a chorar, [...] aí, a minha vizinha aqui, que é enfermeira, acho que trabalha no HU, e, aí, eu fui correndo chamar ela, daí, ela já veio, aí viu a respiração dela com o aparelhinho, aí ela tinha se afogado com a saliva, mais daí ela já voltou (Mãe da Família Alegria-E1).

De acordo com as experiências relatadas neste estudo, as mães receberam ajuda, além das avós, de outras mulheres, como a vizinha e a cunhada. Estes achados se igualam às referências de mães adolescentes entrevistadas no estudo de Jussani, Serafim e Marcon (2007), que consideraram como agentes facilitadores na tarefa de cuidar do BBP.

Algumas mães também puderam contar com o suporte, a ajuda em tempo parcial, de uma empregada para a realização dos afazeres domésticos, possibilitando seu repouso e maior tempo à disposição do bebê.

Assim mais a minha rotina é assim, eu não tô limpando a casa porque, né? não tô podendo, mais assim, tem uma pessoa que vem lavar roupa, passar roupa prá mim. E aí a comida eu faço, porque não força, não tem que fazer força, não tem nada, né? e aí é assim, eu tenho cuidado mesmo só dela (Mãe da Família Alegria-E1).

Os relatos acima estão de acordo com os estudos realizados por Mello, Rocha, Martins, Chiozi (2002), Simioni e Geib (2008), em que as fontes de suporte foram de grande ajuda após a alta hospitalar no cuidado ao bebê no domicílio. Tanto o apoio material como o emocional, recebidos do pai do bebê, das avós, amigas e vizinhas, foram percebidos pelas mães como uma ajuda segura, que colaborou com o desempenho das responsabilidades relacionadas a uma maternidade bem sucedida.

Estar morando com a família e ter ajuda para cuidar do bebê foram considerados pela mãe uma facilidade para o retorno de suas atividades no final do terceiro mês.

Já voltei a jogar a capoeira, já voltei à minha vida normal todinha. Só não tô trabalhando ainda. Mas eu já tô querendo. E é fácil também porquê? O pai dele pode olhar, minha irmã pode olhar, minha mãe, mais a minha irmã do que a minha mãe. Se eu for falar que eu vou

jogar ela não olha não, ela pergunta que horas. Já a minha irmã não, se eu falar eu vou prá tal lugar, ela olha até eu chegar. Então, foi fácil por isso, que daí fez com que eu voltasse com a minha vida normal mais rápido. Só isso mesmo (Mãe da Família Esperança-E3).

Ao morar junto com vários membros da família, a mãe percebe as várias possibilidades de ajuda para o cuidado do bebê enquanto, gradativamente, retorna às suas atividades e, mesmo com algumas restrições da avó materna, ela considera importante essa ajuda.

Diante do exposto, ficou evidente que as famílias, nos seis primeiros meses de cuidado ao BBP no domicílio, receberam ajuda e apoio de vários familiares e de outras pessoas significativas. Essa ajuda caracteriza o suporte informal em situações diversas, como, por exemplo, o apoio emocional, ajuda no cuidado do bebê e em tarefas domésticas, entre outros.

Em relação ao suporte formal, as famílias mencionaram profissionais de saúde e instituições como parte da sua rede de apoio. Nesse sentido, a mãe relata a utilização da creche do bairro onde mora como apoio para o cuidado da filha de três anos

A L vai prá creche de manhã e volta às cinco da tarde, fica tranquilo porque cuido só dele [...] (Mãe da Família Atenção-E1).

A opção de deixar a criança mais velha na creche foi considerada uma maneira que permitiria à mãe ter todo o dia livre, facilitando o cuidado do bebê nascido de BP.

A utilização da creche também foi mencionada em dois encontros, mas como algo para o futuro, porque, além do desejo de permanecer com o bebê, a mãe prevê dificuldades de acesso.

Eu queria colocar ele ali no Menino Jesus, perto da Operária, as crianças ficam ali até grandes, tem cursos. Na avenida Brasil, perto da Igreja de São José. As crianças ficam lá até 14 anos. Eu fazia capoeira lá. Mas é difícil (Mãe da Família Esperança- E3).

[...] mas eu não sei porque eu tava criando coragem prá por em creche, mas dá uma dó [...] é porque, agora, [...] eu pego ele e aí ele tá dormindo com a mãozinha assim, aí meu Deus do céu! Porque assim na hora que tá chorando eu sei porque que ele tá chorando, eu sei, e lá elas não vão saber. Até aprender, vai ficar chorando!

Praticamente prá ontem. Só que agora a creche está de férias, minha irmã tá querendo ver um negócio melhor prá por ele. Aí vamos esperar acabar as férias tentar conversar e ver o que dá prá fazer. Mas que vai ter que pôr vai ter (Mãe da Família Esperança-E4).

No transcorrer do período de visitas, os profissionais de enfermagem da UBS foram mencionados pela mãe quando relatava a quem recorria para conversar sobre os cuidados com o bebê

[...] e quando a gente vai no posto eu converso com as meninas, com as enfermeiras, né? A gente fez uma amizade boa da gravidez, que estava direto lá (Mãe da Família Esperança-E2).

O vínculo formado durante a gestação favoreceu a procura dos profissionais pela mãe quando a mesma precisou de orientações e expressou ser uma relação de amizade. Esse evento, com certeza, tem sua importância, por refletir a possibilidade de uma relação de confiança e a facilidade da atuação do enfermeiro para um acompanhamento individualizado, atendendo às reais necessidades da família e do bebê. De acordo com Marcon e Elsen (2006), o enfermeiro precisa fazer-se presente no cotidiano da vida familiar, apoiando, fortalecendo, orientando, descobrindo meios para facilitar sua tarefa, para ter seu papel reconhecido e, então, ser procurado nas situações de doença.

Porém, quando se tratou das visitas domiciliares pelo agente de saúde, a mãe relatou seu afastamento após a alta do bebê.

Antes, ela (agente de saúde) vinha mais vezes, quando eu tava grávida, mas depois que eu ganhei, é difícil, às vezes ela só dá um gritinho, lá do portão, prá ver se está tudo bem [...] e vai embora (Mãe da Família Esperança-E4).

Relacionado ao acompanhamento do BBP, em nenhum momento houve referência sobre a presença de um profissional de saúde no domicílio. Porém, quando descreveram as dificuldades para o cuidado do bebê, é importante salientar que, em vários momentos, as famílias expressaram decepção e descontentamento quando buscaram suporte de profissionais e instituições de saúde. Essa constatação coincide com a afirmação de Jussani, Serafim e Marcon (2007) sobre a possibilidade de existir redes que não proporcionam suporte adequado, ou seja, não proporcionam suporte desejado. Essa situação também pode contribuir com o fato das famílias terem dificuldade de reconhecer a atuação da enfermagem no cuidado

aos bebês nascidos de BP, sendo necessário que se desenvolva um espaço para aproximação do profissional-família-bebê (ZANATTA, 2006).

No que se refere à rede de apoio dos serviços e profissionais de saúde, é oportuno pontuar algumas questões relevantes.

De acordo com os dados da coordenadora da saúde da criança e do adolescente¹, o Município tem como política de saúde o cuidado integral à essa faixa etária, com responsabilidade de disponibilizar atenção necessária em todos os níveis. Com o objetivo de continuar diminuindo os índices de mortalidade infantil, afirmam dar enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças de maior risco, potencializando os recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutiva à necessidade do usuário.

Como estratégias na atenção básica para o atendimento do RN de risco, o município conta com o PSF e suas equipes, com visitas previstas após a alta hospitalar, antes do 10º dia no domicílio, como também o Programa de Vigilância do RN de risco, em vigor desde 2000, com a proposta de detectar e avaliar o RN segundo critérios de risco e estabelecer os indicadores e definição de prioridades na assistência.

Percebe-se que existe um planejamento bem estruturado e que as famílias do estudo residem em bairros de cobertura do PSF, porém as famílias participantes do estudo foram abordadas apenas no período de internação para cadastro no programa, mas, no domicílio, não houve continuidade de cuidados, permanecendo sozinhas no enfrentamento de suas dúvidas e dificuldades.

4.2.4 Enfrentando intercorrências na saúde do bebê

Ao deixar o hospital, a família passa por um período de transição, saindo de um ambiente tecnológico, com especialistas no cuidado do bebê, para seu contexto de vida no domicílio. Apesar do desejo de estarem em “sua casa”, as famílias mencionaram, durante os encontros, que seus bebês apresentaram

¹ Dados fornecidos pela enfermeira coordenadora da saúde da criança e do adolescente do município através de uma entrevista.

intercorrências clínicas, desde alguns quadros leves como outros mais agudos, sendo necessária até mesmo uma hospitalização.

INTERCORRÊNCIAS	RECURSOS UTILIZADOS
ENGASGO C/ SALIVA	1º a mãe atendeu o bebê, depois chamou ajuda do esposo e vizinha
CÓLICAS	Utilização de conhecimentos anteriores- oferecer o seio, massagem abdominal, chás, compressa quente e medicamentos prescritos pelo médico - tilenol, supositório.
HIPERTERMIA	Agendamento de consulta e procura de atendimento no P.S.
VIROSE	Consulta médica, realiza exames e inicia medicação
CHORO CONTÍNUO	Segue orientação da avó materna e inicia complementação das mamadas
REFLUXO GASTROESOFÁGICO	Busca insistente para chegar ao diagnóstico, exames e início da medicação
INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO	Gripe - Inalação, vitamina C. Pneumonia - Internamento com passagem na UTI

Quadro 9 – Intercorrências na saúde do bebê e recursos utilizados pelas famílias.

Tanto no primeiro encontro como no segundo, uma intercorrência mencionada que gerou muito estresse para a família, sobretudo à mãe, foi o engasgo com a saliva.

Ela engasgou de novo, mas não ficou roxinha, ficou vermelhinha, voltou pelo nariz também e parece que não podia respirar [...]. Eu fiquei assustada, heim? Chupei o narizinho! Chupei a boca [...], fiz, mas fiquei morrendo de medo (Mãe da Família Alegria-E2).

De acordo com Marcon e Elsen (2006), o enfrentamento das doenças na família está inserido no contexto de sua experiência de criar os filhos. No presente estudo, foi relatado que as famílias, num pequeno espaço de tempo, passaram por situações difíceis e inesperadas, mas a mãe, diante da intercorrência, e por duas vezes, teve iniciativa e realizou os cuidados adequadamente, apesar de se sentir insegura. Seu procedimento está de acordo com a afirmação de Ribeiro (2001), de que, quando a mãe percebe que algo não está bem com o bebê, presta os primeiros cuidados, semelhantes aos realizados em situação similar, e fica atenta.

Uma pequena quantidade de secreção purulenta na região do canal lacrimal do bebê foi algo mencionado pela Mãe da Família Carinho, com o desejo expresso de resolver imediatamente,

Ela está com um negocinho amarelinho no olho, e se quiser ver esta semana, aí tem que pagar uma consulta ou esperar o plano de saúde porque a gente não está podendo gastar agora (Mãe da Família Carinho-E1).

Diante de uma anormalidade sem gravidade aparente, a solução mencionada é aguardar o tempo necessário para serem atendidos pelo plano de saúde, porque se encontram com dificuldades financeiras.

Os bebês estão sujeitos a apresentar várias alterações em seus primeiros meses de vida, comuns à situação de RN, em particular quando os mesmos ainda não alcançaram a maturidade.

A cólica foi uma alteração e emergiu nas falas de duas famílias já no primeiro encontro, sendo que a Mãe da Família Esperança apenas mencionou o fato, sem dar importância ou apresentar alguma dificuldade.

Agora nesses últimos dias, está tendo cólica (Mãe da Família Esperança-E1).

Porém a mãe da Família Alegria referiu ser uma alteração que tem incomodado diariamente nessa primeira semana. Também comenta que, às vezes, tem dúvidas se, realmente, o bebê está com cólica, visto que, mesmo sem medicação ou outros cuidados específicos, o bebê se acalma.

Toda tarde, quando é lá pelas sete horas ela tem cólica e quer ficar no peito. E às vezes acho que não é cólica, porque é só ficar no colo que para de chorar (Mãe da Família Alegria-E1).

No estudo de Saavedra, Costa, Garcias, Horta, Tomasi e Mendonça (2003), a incidência de cólica referida pelas mães foi de 80,1% numa visita aos três meses, o que, segundo Moreira, Carvalho, Castro e Ribeiro (2007), é bastante comum nessa fase, constituindo-se uma das principais queixas das mães e familiares durante a consulta de enfermagem.

No segundo encontro, além das famílias Alegria e Esperança, a cólica também foi mencionada pelas famílias Carinho e Amor. Foram citados os cuidados

oferecidos e as orientações do profissional para a utilização de medicamentos. Os relatos abaixo refletem o desafio das famílias no cuidado a cólicas, por ser uma alteração que muda o comportamento do bebê e modifica o cotidiano da família.

Só teve uma vez que ele teve seis noites de cólicas [...] em tempo separados, né? Eu dava o remedinho, tipo o peito que precisa dar pra sugar, ajuda a amenizar a dor (Mãe da Família Esperança-E2).

[...] às vezes ela está com dor, com cólicas, mas não chega a chorar de dor assim [...] ela fica gemendo, incomoda que ela encolhe [...] a pediatra dela disse que realmente é cólica de nenê mesmo. Posso fazer massagem, chazinho, passar uma fralda quente com ferro, né? Ai boto ela de bruço, se não resolver mesmo, aí ela falou que era para dar duas gotinhas de tilenol. Às vezes, ela chora e tem que ficar com ela andando pela casa, porque eu vejo que ela está com um pouquinho de cólica (Mãe da Família Alegria-E2).

Acho que ela está com cólica. Olha só o jeito dela! É ela fica assim nervosinha, meio vermelhinha [...]. Mas, às vezes, ela só fica resmungando, se contorcendo um pouquinho, daí, ela faz cocô já pára. Para melhorar, é mornar a fralda e colocar na barriguinha dela, só um pouquinho de chá [...]. A médica falou, se ela estiver chorando muito, é prá dar duas gotinhas de tilenol na línguinha dela (Mãe da Família Amor-E2).

Ela estava com muita cólica, aí, a cólica melhorou muito depois que começou com os supositórios (Mãe da Família Carinho-E2).

As cólicas são comuns nessa idade, pode ser uma intercorrência que desapareça por si só, outras vezes necessita de acompanhamento do serviço de saúde para ser resolvida, com utilização de métodos alternativos ou medicamentos que proporcionem o alívio da dor (MOREIRA; CARVALHO; CASTRO; RIBEIRO, 2007).

Apesar das famílias não mencionarem as cólicas em outros momentos, falaram sobre alterações que podem ter relação com as mesmas, como, por exemplo, a prisão de ventre com formação de gases, mencionada no segundo encontro por uma das mães, que relatou sobre as cólicas também.

E ela estava com um inchaço na barriga, com a barriga toda inchada sabe? Ela pediu prá dar chazinho de ameixa. Mas assim, eu dei uma vez e resolveu na hora! E ela, assim, tem dificuldade de soltar pum, né? Ai eu faço massagem, depois de um tempo, que ela vai e solta (Mãe da Família Alegria-E2).

Em outra situação, a mesma mãe se referiu à prisão de ventre, mas com formação de fezes endurecidas. Vale lembrar que essa mãe, nesse período, ainda estava com amamentação de leite materno exclusivo. Ficou surpresa com o funcionamento intestinal do bebê ao iniciar a complementação uns dias antes do terceiro encontro. Na época do terceiro encontro, seu bebê estava com três meses e meio de vida.

E ela estava assim com o coco duro, com intestino meio preso [...] E nesse tempo eu dava só leite do peito, quando eu comecei dar o NAN® parece que soltou e o NAN® prende (Mãe da Família Alegria-E3).

Houve mais uma mãe que mencionou a prisão de ventre no segundo encontro, sendo que, nessa situação, houve um agravamento do sintoma e a família, sob orientação médica, ofereceu os cuidados adequados para o bem-estar do bebê.

O intestino dela não funciona se não colocar o bendito supositório. A doutora falou que é normal, porque o organismo dela tá em desenvolvimento ainda, então, o intestino dela é muito preguiçoso. Então, um dia sim e um dia não eu coloco supositório, às vezes, eu coloco o supositório ela mama, não faz naquele dia e vai fazer só no outro dia [...] mas daí ela faz bastante! (Mãe da Família Carinho-E2).

A mesma mãe retornou o episódio de prisão de ventre no quarto encontro, mas, dessa vez, utilizou por conta o supositório e só depois levou ao médico.

E teve uma vez que ela comeu milho e ficou com o intestino preso, então eu dei um supositório e ela fez um pouco, mas chegou até a sangrar. E coincidiu de ser nos dias de levar no médico. Então, ele disse que era pra dar outro supositório, mas ela fez cocô hein? Fez muito mesmo. Tinha ficado bem preso [...] (Mãe da Família Carinho-E4).

Referindo-se às alterações em relação às características das fezes, no terceiro encontro, a mãe relatou que o bebê tinha apresentado fezes amolecidas e com presença de catarro, o que a deixou preocupada.

Esses dias ela até estava fazendo um cocô que parece quando está gripado, com catarro junto. Mas ela não está resfriada. Ela teve, acho que mais de trinta dias. Então será que é isso? Pode soltar agora? (Mãe da Família Alegria-E3).

Uma das mães, logo que chegou à sua casa, deparou-se com uma intercorrência que a preocupou bastante.

Mas quando eu cheguei em casa que eu vi a temperatura dela, nossa! Ela tava com febre. (mãe chora) Voltei no Pronto Socorro, fiz todos exames, só saí de lá quase de noite! (Mãe da Família Amor-E1).

Só de lembrar o ocorrido, ficou com os olhos cheios de lágrimas, expressando a angústia de que, novamente, o bebê poderia ter alguma complicação, e, ao mesmo tempo, relatou aliviada a oportunidade que teve de ser atendida ainda no Pronto Socorro do hospital que acabara de receber alta.

É possível compreender a preocupação e o medo, observados no semblante da mãe, já que ainda é recente a dolorosa experiência de ter ficado com seu bebê por vários dias internado e com passagem pela UTIN.

A hipertermia é relatada novamente pela mesma família no quarto encontro, só que, nessa ocasião, veio acompanhada de outro sinal na pele.

Ela (a pediatra) falou que é uma virose, que é prima da varicela, da rubéola e do sarampo. Daí, começou com a febre e pipocou o corpo e, aí, descascou a pele quando a febre passou (Mãe da Família Amor-E2).

Teve febre a noite inteira, de manhã cedo, teve febre e, agora, parece que tá querendo dar febre de novo. Então, mais tarde, eu vou levar ela, porque eu sei que é grave (Mãe da Família Carinho-E4).

No quarto encontro, a Mãe da Família Esperança também passou pela preocupação de ver seu bebê com febre e o nariz escorrendo, mas relatou, com certa tranquilidade, o episódio, apesar de ter realizado o cuidado medicamentoso imediatamente e por conta própria.

O que acontece é que, neste fim de semana, eu tomei uma garoa e me esfriei, e amanheci espirrando, então, no sábado à noite, ele já estava com o nariz querendo escorrer. Aí no domingo, o pai dele estava com febre e ele também. Mas dei um remedinho e, no domingo de madrugada, pus o termômetro e não estava mais com febre. Na segunda, estava bonzinho, só o narizinho ainda ficou escorrendo um pouquinho [...] (Mãe da Família Esperança-E2).

A partir do segundo encontro, algumas vezes, as famílias mencionaram o drama vivido com o choro contínuo do bebê.

Uma delas, sem conseguir ter certeza da causa real, relata seu sofrimento ao achar que algo estava errado com o bebê, sem conseguir identificar a causa. Por influência da avó materna, optou pela complementação das mamadas, conseguindo um resultado positivo. Conforme relata abaixo:

Foi complicado. Quando ele tava chorando, né? Eu não sabia se era cólica ou não. Não sabia se era de dor ou de manha [...] assim só [...] até que teve uma noite que eu chorei com ele [...] ele chorava muito [...]. Mas, ai, foi quando ele passou a mamar na chucha que a minha mãe dizia que ele estava chorando de fome, né? E realmente a gente deu na chucha e mamou e ele dormiu [...] então, não sei se era mesmo cólica ou fome. Que pegava parava do nada! Ah, um pouco era de manha também [...] ele gosta de um colo! (Mãe da Família Esperança-E2).

O choro contínuo de outro bebê, a princípio, também estava gerando dúvidas para a família e profissionais. E a mãe, na tentativa de eliminar as causas, primeiramente, resolveu dar complemento das mamadas, mas, para esse bebê, foi sem sucesso.

Ela chorava dia e noite e não dormia. Ela começava a chorar era quatro horas da tarde, era quatro da manhã ela tava chorando ainda. Gritando, mas você sabe o que é gritar mesmo?! Eu pensava que meu leite estava fraco, né? Dai fazia a chuquinha de NAN® e ela não mamava. Ah, então ela não está com fome! (Mãe da Família Amor-E2).

A mãe continuou buscando explicação concreta para o choro do bebê, porque, mesmo com todos os cuidados, não parava de chorar.

Falavam na UBS que era cólica, que era cólica, e ela tem cólica bastante. Mas mesmo assim, parecia que tinha outra coisa incomodando, porque chorava demais, mesmo no colo e com os remedinhos para dor (Mãe da Família Amor-E2).

Pela descrição da mãe, percebe-se sua persistência em resolver o problema. Como não se conformou com a opinião apenas de mais um profissional na UBS, foi em busca de outro recurso, conseguindo, finalmente, o diagnóstico e tratamento adequado.

Eu levei ela no posto e o médico falou que era manha. Falei: “não, manha, tudo bem, tem um pouco, mas o nenê gritar assim, isso não é manha não!” Aí, não sabia o que era, né? Daí, fez exame pelo plano e deu refluxo. Agora melhorou. Tá bem com o remédio (Mãe da Família Amor-E2).

Diante dos relatos das famílias com relação ao choro do bebê, ficou evidente que é uma alteração que chama a atenção das mesmas, levando-as a buscar ajuda profissional. Vale ressaltar, todavia, que a percepção da mãe não foi valorizada pelos profissionais de saúde. Nesse caso, o choro era demonstrativo de uma alteração importante que merecia toda atenção, visto que o bebê nascera de BP. Sem contar com o estresse que a família e o bebê passaram durante esse período e a insegurança gerada em relação à procura pelo serviço público, que, na ocasião, não resolveu sua dificuldade. Segundo Boehs (2005), o choro deve ser avaliado cuidadosamente, pode acontecer em decorrência de fome, sede, excesso de estímulos, desconforto ou mesmo alguma doença, o que levará a condutas diversificadas. Sendo assim, a autora destaca a importância dos profissionais de saúde darem atenção aos pais, ouvindo suas queixas e a verbalização de seus sentimentos, com uma postura de escuta e compreensão das necessidades da família e do bebê.

Durante o segundo encontro, outras alterações foram percebidas pelas famílias, relacionadas ao padrão de sono do bebê e a problemas respiratórios.

Quanto ao padrão de sono, as famílias perceberam duas situações, na percepção da mãe da Família Alegria, seu bebê tem dificuldades para dormir tanto de dia como à noite.

Porque assim, ela demora prá dormir durante o dia, fica três quatro horas acordada [...] porque nenê, geralmente dorme bastante. Mas eu vejo que ela tem dificuldade pra dormir, né? Às vezes, à noite também. Ela para, fica quietinha, com o olho arregalado, esses dias, arregaladão assim e não dorme! Mesmo que eu pegue ela no colo, ela não dorme. A pediatra pediu prá dar o banho mais de tarde, mais à noite. Porque ela relaxa, deita e dorme (Mãe da Família Alegria-E2).

No entanto, o que chama a atenção da mãe da Família Amor é o longo período de sono do bebê durante o dia, prejudicando o período de sono noturno.

Eu dou banho nela cinco horas da tarde, pra ver se ela muda porque ela dorme o dia inteiro! Se tem um reflexo de luz ela fica procurando

e fica acordada! Quer colo, daí fica olhando ah ah ah...Meu Deus do Céu! (Mãe da Família Amor-E2)

O padrão de sono alterado, além de prejudicar o descanso da mãe durante à noite, prejudica sua rotina diária. Ao buscar ajuda profissional, são orientadas quanto à mudança do horário do banho para favorecer o equilíbrio do padrão de sono dos bebês.

Pela fala da mãe quanto aos longos períodos de vigília do bebê, fica evidente seu conhecimento a respeito do que é adequado ao sono para essa fase da vida do bebê, que, segundo Correa, Regiani, Luque e Rocha (2006), deve ser em média 20 horas por dia nos dois primeiros meses de vida. Durante o sono, mediante a atuação dos hormônios de crescimento, serão favorecidos os processos de crescimento e desenvolvimento do bebê.

Quanto aos problemas respiratórios, foram relatadas situações em que os bebês apresentaram nariz congestionado e decorrente de diferentes causas. A mãe da Família Amor mencionou uma alteração no sistema imunológico, que desencadeou o congestionamento do nariz.

[...] ela ficou com o narizinho trancado, daí, eu levei no médico e o médico falou que era alergia por causa do cheiro da madeira (Mãe da Família Amor-E2).

Porém, as Famílias Alegria e Carinho referiram a congestão nasal devido à infecção no trato respiratório superior, prejudicando a respiração dos bebês.

Está com o nariz entupido, eu acho que pode ser gripe. eu vejo que está carregado assim sabe? Que ela está com dificuldade prá respirar. É que meu marido estava com gripe esses dias [...]. A pediatra falou que queria ver ela, daí, eu marquei prá amanhã (Mãe da Família Alegria-E2).

Com a gripe, congestionou o nariz. E a doutora me disse que é coisa de RN, eu não sei se só os prematuros ou todos os bebês RN que não conseguem respirar pela boca, só pelo narizinho. Então trancava demais, ela acordava agoniada, sabe assim que não conseguia respirar? Aí, tinha que passar o remedinho, passava o remedinho e tirava com aquela bombinha o catarinho que tinha lá dentro. Mas o catarinho, não chegou nem a ficar verdinho, mas aquela aguinha bem grossa (Mãe da Família Carinho-E2).

Após o segundo encontro, as referências quanto às alterações na saúde do bebê foram mencionadas apenas em casos mais graves ou que provocaram internação.

E estes dias atrás ela teve gripadinha, né? É, faz uns dez dias ela teve bem doentinha. Ela começou a chiar [...] aí nós fizemos inalação [...] a médica disse que, como ela foi prematura, só em último caso ia medicar ela [...] a inalação dela era só com soro [...] aí tomou vitamina C e melhorou a gripe dela (Mãe da Família Carinho-E4).

Além daquela internação que eu te contei no outro encontro, ele ficou internado mais uma vez, teve pneumonia. Ficou umas três semanas no hospital, ficou alguns dias na UTIN, muito ruim. Ele ainda está tomando medicamentos e fazendo fisioterapia, o rapaz tá vindo aqui em casa (Mãe da Família Atenção-E4).

Frente às alterações na saúde do bebê, independente das condições de acesso aos serviços de saúde, foram relatadas, com frequência pelas famílias, as tentativas de atender aos problemas de saúde dos seus filhos no contexto familiar antes de procurar os profissionais e serviços. Também ficou evidente fazer parte dessa prática a decisão sobre a gravidade da alteração e a necessidade de ajuda profissional.

Pela descrição das famílias, podemos identificar duas situações distintas, as intercorrências que foram vividas com tranquilidade, como as cólicas e a secreção ocular. Porém houve aquelas desconhecidas entendidas como perigo, gerando preocupação e medo, como a hipertermia, engasgo ou choro contínuo.

Essa complexidade entre o que é perigoso, duvidoso ou conhecido faz parte da vivência de criar filhos, mas, nessa situação de criar bebês de baixo peso, a família vivencia de uma maneira diferenciada, em que ela tem muito mais situações desconhecidas, por isso o desgaste é maior.

Diante dessa diferenciação de enfrentamentos, ficou claro que o problema para a família foi o desconhecido, situação que, se reconhecida pela enfermagem, poderia criar um espaço de aproximação e atuação efetiva desses profissionais e o consequente desenvolvimento de uma verdadeira enfermagem familiar.

4.2.5 Dificuldades para cuidar

Ir para a casa com um BBP, segundo as famílias acompanhadas, trouxe dificuldades, independente de experiências anteriores ou idade dos pais. A cada encontro, surgiam os relatos de difíceis situações enfrentadas, em decorrência dos diversos fatores relacionados com os cuidados ao BBP.

As dificuldades referidas envolveram questões relacionadas aos serviços e profissionais de saúde, ao cuidado do BBP e prematuro, aos relacionamentos e aos problemas pessoais.



Quadro 10 - Dificuldades para cuidar do bebê após a alta hospitalar.

No primeiro encontro, foram mencionadas pelas famílias, com maior frequência, as dificuldades relacionadas aos serviços e profissionais de saúde. Acreditamos que a alta hospitalar é um momento muito esperado pelas famílias e que deve ser planejado pela equipe de saúde durante o período de internação, porém uma das famílias deste estudo não vivenciou essa realidade. Eis o seu relato:

O médico que tratou dela estava de folga quando eu recebi alta, então, foi outra médica que liberou. E a médica, ela não deu, assim, pra mim nenhuma explicação dali, a hora que eu saí, eu não recebi instrução nenhuma. Foi isto que aconteceu, e faz falta (Mãe da Família Carinho-E1).

O relato da mãe destaca não só a ausência do profissional que estava acompanhando seu bebê durante o internamento como a ausência das orientações, considerando como algo que deveria existir e que sentiu falta. De acordo com as recomendações da agenda de compromisso para a saúde integral da criança (BRASIL, 2004), cada profissional envolvido deve estar atento para oferecer atendimento integral à criança dentro do contexto da família e da sociedade. Cada um deve procurar articular sua ação com a de outros profissionais, não perdendo oportunidades de atuação para promoção, prevenção e assistência. Rodrigues e Montesuma (2003) entendem que o acompanhamento pode ser realizado levando em conta o contexto do cuidado e a relação de confiança existente entre parturiente e profissional, influenciando, positivamente, a qualidade dos sentimentos dessa mãe como também uma adaptação saudável ao seu novo papel, o que poderá amenizar suas dificuldades.

A falta de preparo da equipe de enfermagem é outro fator que dificulta em relação aos profissionais na percepção da família.

Ontem, eu fui lá na UBS e fiquei um tempão lá. Eu vim embora antes, porque ela falou assim: "Nós fazemos por ordem de chamada". Quando você chega grávida, eles dão prioridade, mas o bebê de alto risco, não é feito esse trabalho de conscientização do atendimento. Elas (pessoal da enfermagem) não sabem como lidar, não sabem o risco. A neném não tem vacina ainda, só depois de dois quilos, né? Eu não podia ficar ali no meio daquele monte de gente tanto tempo. Eu não sei como que é, se elas são concursadas, se são contratadas. Eu não sei se elas têm aqueles cursos de reciclagem, aqueles cursos rápidos de uma tarde, um final de semana prá isso, porque o mundo é um lugar globalizado. Todo dia tem atualização, tem alguma coisa nova, né? Principalmente na área de saúde. Eles têm que aprender como lidar com este tipo de criança, sabe, deste bebê (Mãe da Família Carinho-E1).

Nesse momento, a fala da mãe, de forma enfática, demonstrava sua indignação quanto ao atendimento recebido na UBS pela equipe de enfermagem. Diante do exposto, podemos perceber que houve uma referência positiva quanto ao atendimento no pré-natal, mas a mãe entende que o acompanhamento no período pós-natal necessita ser melhorado. Reconhecemos que, além do interesse do profissional em buscar sua atualização, também é necessária que faça parte das políticas dos serviços a educação continuada para atualização e sensibilização dos profissionais, com ênfase na humanização das relações profissionais e familiares

desses bebês. Em estudo anterior, Arruda e Marcon (2007) concluíram que existem lacunas importantes na assistência ao período perinatal e falta de consideração em relação ao significado que o nascimento de um bebê de risco tem para sua família. É importante mencionar que, orientado por documentos do governo (BRASIL, 2004), existe um planejamento bem estruturado em relação à saúde integral da criança e redução de mortalidade infantil. Resta saber como todo esse conteúdo tem chegado até os profissionais que, diretamente, lidam com as famílias e, se tem chegado, como tem sido trabalhado para que as ações passem de meros procedimentos e cumprimento de rotinas para um cuidado integral. Waldow (2006) caracteriza o cuidado integral como um compromisso, no qual ocorre envolvimento, afeto e consideração, agindo no sentido de promover o bem-estar do outro.

Outra mãe acrescenta que a equipe de enfermagem falha pela ausência de anotações na carteirinha do bebê, prejudicando as informações para as famílias.

E aqui na carteirinha, elas (pessoal da enfermagem) não marcaram nada, olha só? Assim, fica complicado prá gente ter o controle! (Mãe da Família Amor-E2).

Ao constatar a falha no registro das informações a respeito do crescimento e desenvolvimento do bebê, podemos dizer que a equipe está dificultando a participação da família na atenção à criança. Por outro lado, deixa de seguir as recomendações da agenda de compromisso à saúde integral da criança (BRASIL, 2004).

Quanto aos retornos do bebê ao serviço de saúde, algumas dificuldades foram apresentadas pelas mães no segundo e terceiro encontros.

Fui marcar consulta para o bebê e eles falaram que não tinha pediatra, só na Vila Esperança. Fica difícil, é muito longe prá mim e eu já tinha pego uma circular e agora não tinha mais dinheiro! (Mãe da Família Apoio-E1).

A distribuição geográfica do médico pediatra trouxe dificuldades de acesso ao serviço para a mãe. Esta se iguala às dificuldades encontradas em estudo realizado para conhecer a prática domiciliar do Método Mãe Canguru (MMC) no primeiro mês após a alta hospitalar. Nele, Rios (2006) apresenta as dificuldades apontadas para a realização dos retornos para acompanhamento dos bebês: 63,3%

das mães tiveram falta de recurso financeiro para despesas com transporte e 23,3% a distância entre a residência e o serviço de saúde.

Outra dificuldade apresentada, que prejudica os retornos da mãe com o bebê à UBS, é o fato dela precisar de ajuda para sair com o bebê.

Ah, é que tá complicado, porque eu não saio com o Júnior sozinha, porque eu não aguento ele muito tempo no meu colo sozinha. Até para ir no posto eu não vou sozinha. Que eu pego eu sinto dor, tenho o pulso aberto, então eu não saio e não tem com quem ir. Por isso que eu não fui com ele na época. Então, é isso a dificuldade que eu tô enfrentando (Mãe da Família Esperança-E3).

Com a ausência aos retornos, exames não foram realizados e as idas à UBS somente foi possível na companhia do pai ou de familiares, o que torna restrita as possibilidades para o acompanhamento adequado do bebê.

Além do pediatra, também foi relatada dificuldade em relação ao tempo para agendamento de consultas com especialistas e outros profissionais de saúde.

E até é assim prá gente agendar um neuro, uma fono, um oftalmologista ou fisioterapeuta, tem que fazer encaminhamento de tudo, e só daqui a uns dois ou três meses. E mesmo você explicando que é um caso especial, eles falam que não dá prá fazer nada. “Como que eu vou te passar na frente de outro se o outro está esperando há tanto tempo?” Então isto que, sabe assim, saúde é saúde. Assim como eu tenho o problema com a nenem, eu sei que as outras pessoas têm problemas sérios, porque a ponto de a pessoa procurar um especialista, é porque o seu problema já está sério. Então, não é só um problema meu, é um problema de todo mundo (Mãe da Família Carinho-E1).

Além dos cuidados da equipe de saúde da família, os RN prematuros e com menos de 2000g dependem de atenção especializada e atendimento multiprofissional, e esse cuidado deverá estar organizado de maneira que a rede integral de saúde da criança seja regionalizada, permitindo o acesso e promovendo a qualidade de vida para esses bebês (BRASIL, 2004). Sendo assim, podemos afirmar que há um longo caminho a percorrer. Tronchin e Tsunehiro (2005) asseveram que é necessário repensar o cuidado desses bebês nas unidades de saúde, sendo imprescindível um acompanhamento de qualidade, no qual a comunicação e o relacionamento humano sejam valorizados.

Em relação aos cuidados com o bebê, as próprias características da prematuridade dos BBP provocam dificuldades para os familiares.

[...] mexer, arrancar a roupa, mesmo assim é triste! Então, eu tenho que por ela prá mamar dormindo mesmo! Às vezes, passa da hora [...] não é fácil, por isso tenho que ficar por conta dela! (Mãe da Família Amor-E1).

Dormir por períodos prolongados, uma sucção débil ou atividade motora diminuída dificultam o trato do bebê prematuro, em particular nos momentos da alimentação. Nessa situação, é necessária a insistência para atingir o objetivo de o bebê mamar o suficiente, demandando mais tempo para as atividades de cuidado. Essa situação poderá contribuir para o aumento da ansiedade, comum a essa fase inicial de cuidados com o bebê, podendo gerar na mãe sentimento de impotência por não conseguir amamentar o bebê (MAZZINI, 2003).

Desde a primeira semana de chegada no domicílio após a alta hospitalar, as mães perceberam alterações nas rotinas familiares, especialmente as suas rotinas. As tarefas domésticas com o nascimento do bebê aumentaram e as mães relataram não conseguir tempo disponível para o repouso recomendado no período da dieta.

Eu tentei ficar um dia em casa deitada por causa da minha dieta, sabe? Mais aí eu não consigo ter aquela tranquilidade prá guardar a dieta. Porque daí tem que lavar, fazer almoço, uma roupa, sabe? Daí não dá tempo (Mãe da Família Carinho-E1).

Somados às tarefas domésticas, estão os cuidados com os outros filhos, que tomam boa parte do tempo da mãe e que, pelo seu relato, impedem seu descanso, influenciando a produção do leite.

È difícil de ficar tranquila e poder descansar para ter o leite, não tenho muito tempo, porque sempre tem gente em casa, minha mãe ou outras pessoas. É assim: eu levanto, tem que arrumar comida prá ele (esposo) ir trabalhar, sair, levar e buscar na escola esse menino mais velho. Na hora de buscar, tem que estar na hora certinho, não pode passar um minuto porque, se demorar um minutinho, ele vai prá rua e tá passando circular e é bastante perigoso! (Mãe da Família Apoio-E1).

Simioni e Geib (2008) confirmam que o nascimento de uma criança prematura é um evento que modifica a dinâmica familiar, tornando a vivência muito difícil. Em alguns casos, torna-se necessária uma ajuda especial.

O acúmulo das tarefas e o constante cuidado com o bebê, com o passar dos dias, levaram à verbalização do cansaço físico, sobretudo pela perda de sono durante o primeiro mês da alta.

O que está sendo mais difícil, porque cansativo pra mim, tem sido na parte da noite, porque eu não durmo, fico olhando ela por qualquer gemidinho (Mãe da Família Carinho-E2).

Eu faço todo serviço durante o dia, quando eu vou deitar na cama ah [...] Dai ela já chora, isso é difícil, eu tô com as pernas moles [...] preciso dormir! (Mãe da Família Amor-E2).

Uma das mães, durante o terceiro encontro, relembrou que, a princípio, esteve muito cansada, mas pôde recorrer à ajuda da mãe, ficando na casa dela.

Mas tinha época que eu tava muito cansada, aí eu vinha e ficava aqui. Porque é o tal negócio, que mais me cansava é o serviço doméstico, não cuidar dela, e eu não tava conseguindo conciliar o serviço doméstico com o cuidar dela. Isto me deixava muito cansada. Este período foi o mais difícil para mim (Mãe da Família Carinho-E3).

Dados semelhantes a estas falas são apresentados em estudos de Andrade (2004), Bergamaschi (2007) e Tomeleri (2007) com mães adolescentes. Elas relataram suas dificuldades com relação ao cansaço acumulado, porque, além de toda atividade doméstica, tinham que cuidar, de dia e à noite toda, do bebê, inclusive acompanhada do choro constante do bebê. Sob este aspecto, vale ressaltar a importância do apoio que a mãe deve receber da família, para que a mesma possa ter condições de dar continuidade no cuidado ao bebê.

A mãe destacou, ainda, que, paralelo à reorganização de seu dia-a-dia para dar conta das tarefas domésticas e o seu repouso, houve a necessidade de equilibrar a atenção entre o filho mais velho e o bebê que veio para casa.

Quando meu menino chega da escola e tem que dar atenção, porque eu não posso ficar só com ela, tem que dar atenção pra ele. Ele (o pai) chega, daí eu fico um pouquinho com ele (Mãe da Família Carinho- E2).

Na percepção da mãe, o nascimento do bebê provocou mudanças no seu relacionamento com o filho mais velho, e menciona a importância de se estabelecer uma rotina para que ele também receba sua atenção. Achados semelhantes foram encontrados por Piccinini, Pereira, Marin e Lopes (2007) em estudo sobre o impacto do nascimento do segundo filho nas relações familiares. Descrevem que a principal mudança quanto ao relacionamento genitores-primogênito, detectado pelos pais, foi a redistribuição da atenção entre os filhos, buscando atender ambos de um modo adequado. Os autores referem que, apesar de as mães se sentirem sobrecarregadas, é notável a grande sensibilidade em relação às mudanças de comportamento do filho mais velho e na sua relação com este, o que parece refletir na preocupação materna com o filho mais velho por ocasião da chegada do bebê. No o estudo mencionado, conforme relato dos participantes, enquanto as mães se ocupavam dos cuidados com o bebê, os pais dedicavam sua atenção aos filhos mais velhos, o que é inversamente mencionado pela mãe da família Carinho neste estudo.

A maioria das mães, com o passar dos encontros, foi se mostrando fortalecida, conseguindo superar suas dificuldades, porém, no terceiro encontro, um dos relatos apresenta-se sem nenhuma visão de facilidade para cuidar do bebê ainda, apesar de ser uma mãe mais velha e ter cuidado de outros filhos

Tudo é complicado prá mim nesse bebê, tudo, tudo é difícil, parece que eu nunca tive filho, parece que esse é o primeiro (Mãe da Família Amor-E3).

A expressão da mãe “tudo é complicado [...] nesse bebê” retrata a dificuldade de cuidar, que, segundo Bergamaschi (2007), pode estar relacionada ao fato de ser a primeira experiência dela em cuidar de um BBP e o longo tempo que deve passar em função desse cuidado, acrescido da concepção de que seu bebê é um ser muito frágil.

Outra dificuldade, apresentada no terceiro encontro, referiu-se ao relacionamento conjugal. Apesar de o casal ter alguns anos de convivência, foi relatada pela mãe uma crise no relacionamento após a chegada do bebê.

Eu já estou com o meu marido há oito anos. Na mesma casa, junto, faz cinco anos. Desde que o neném nasceu, foi a crise mais chata, parecia que não ia acabar nunca, sabe? Horrível mesmo, mas se

não fosse o neném, não teria aguentado tanto da minha parte como da dele. A gente não foi criado com o pai. Mas a gente está tentando fazer de tudo para viver junto (Mãe da Família Esperança-E3).

A alteração no relacionamento familiar após a chegada do bebê confirma o apresentado por Motta, Ribeiro, Pedro e Coelho (2004). Ele cita as alterações nas relações familiares e o aumento dos conflitos conjugais após o nascimento de um bebê na família. No estudo de Dessen e Braz (2000), sobre as transformações ocorridas no período de transição decorrente do nascimento de um bebê, 20% das mães citaram dificuldades no relacionamento com esposo e família, enquanto 13% referiram melhora nestes relacionamentos. O segundo achado vai ao encontro do fato da mãe acima ter referido ser o bebê o motivo de sua reconciliação com o esposo, apresentando assim uma mudança positiva.

Além de dificuldades relacionadas às habilidades manuais e emocionais, foram mencionadas dificuldades financeiras.

Eu tô querendo muito trabalhar prá fazer minha casa. Às vezes, eu quero comprar alguma coisa e não tem como, sabe? Comprar. Eu vejo alguma coisinha e aí não tem como comprar também. O mais difícil é isso, porque minha vida já voltou tudo ao normal com ele (Mãe da Família Esperança-E3).

Apesar do desejo de buscar melhores condições para a família, a mãe faz a opção de ficar sem trabalhar para cuidar do bebê, mas isso gera menor renda financeira e a mãe não consegue comprar tudo que planeja. Não dispor de condições financeiras para comprar tudo que é necessário para suprir as necessidades do bebê, explica Andrade (2004), é prejudicial a uma vivência saudável da maternidade, porém o autor acrescenta que a mãe poderá valorizar os benefícios de cuidar do bebê. Também é possível depreender deste relato que a mãe se preocupa com o bem-estar da família e de seu bebê e sua intenção de retornar ao trabalho é com o objetivo de garantir um futuro melhor para si e o bebê. O fato desse projeto ficar em segundo plano é semelhante aos achados de Bergamaschi (2007), Lima, Kobata e Silvestrini (2000) em que a maioria das mães adolescentes optou em cuidar do bebê ao invés de voltar aos estudos e trabalho.

Uma das mães, em função da maneira como conduziu o cuidado com o bebê desde o início, no terceiro encontro, afirmou estar enfrentando dificuldades.

Ela acostumou dormir no colo! Então, ela vai pro berço, já sabe que não é o colo e já acorda. Então, é a noite inteira ela resmungando, daí, eu tenho que ficar chacoalhando até ela pegar no sono e eu coloco de volta (Mãe da Família Amor-E3).

O relato de dificuldades com o bebê esteve presente até o último encontro, inclusive quando a mãe descreveu que não só o comportamento do bebê como o cuidado com o neto dificultam ainda mais a realização das tarefas domésticas.

Agora, melhorou bastante, mas com os dois não dá nem prá fazer o serviço direito. No carrinho, ela chora; no colo, ela chora, em todo lugar, ela chora (Mãe da Família Amor-E3).

Segundo Machado, Meira e Madeira (2003), os familiares têm a percepção da importância de se manterem rotinas na vida da criança, mas não se pode esquecer que o momento que a mãe vivencia, ter sob os cuidados um BBP tão pequeno e frágil, pode levá-la a manter os cuidados sem a organização de rotinas ou regras. Essa ausência, porém, com o passar do tempo, tornou-se difícil para ela, já que tem responsabilidades domésticas e outra criança para cuidar.

O estresse da mãe é lembrado como uma dificuldade nos primeiros dias, relacionada ao seu cansaço físico e à sua debilidade na recuperação.

O problema era eu. Eu é que sempre fui muito extressada também. Tava muito cansada por causa da gravidez muito difícil, internada, muita dor. Ela na UTIN e eu no apartamento, e ela perdendo peso. Então, o mais difícil foi isso, o meu estado emocional (Mãe da Família Carinho - E4).

As dificuldades emocionais podem surgir no período de experiências estressantes como a do nascimento de um BBP, necessitando planejamento e intervenções de apoio. Em estudo com um grupo de mães de bebês prematuros e outro grupo de mães de bebê a termo, Muller-Nix, Forçada-Guex, Perrehumbert, Jaunin, Borghini e Ansermet (2004) concluíram que a experiência traumática das mães de bebês prematuros tem influência no comportamento interacional mãe-bebê, recomendando que, ao prover apoio emocional a elas, poderá diminuir os efeitos negativos dessa experiência estressante, como também ter efeito positivo na interação mães-bebês.

Com o passar dos meses, as famílias foram se adaptando e o cuidado realizado com mais facilidade, porém, no quarto encontro, ou seja, seis meses após a alta, ainda foram expressos dois momentos de dificuldades, relacionados ao afastamento social e retorno ao trabalho.

Embora a maioria das famílias, no quarto encontro, tenha retornado às atividades de rotina, para uma das mães, esse retorno não aconteceu da maneira como era antes, externando a falta que sentia da vida anterior ao nascimento do bebê.

E eu quase não tô saindo [...] às vezes, eu venho prá casa da minha mãe, prá um mercado, ou coisa assim. Não voltei a ter vida social ainda, sabe. Na igreja, só vou e volto, não tô participando [...] eu tô sentindo muita falta disso [...]. E isto é o que tá me fazendo mais falta, é isso aí (Mãe da Família Carinho-E4).

Em estudo realizado por Trindade (2005) com mães adolescentes, foi relatada a perda da liberdade como algo ruim devido à maternidade precoce. Assim como as mães adolescentes, em estudo realizado por Bergamaschi (2007), as mães consideraram difícil o fato de não poderem realizar as atividades que eram comuns anteriormente ao nascimento do bebê. No presente estudo, mesmo sendo as mães mais velhas e quase seis meses após a alta hospitalar, as restrições às suas atividades anteriores foram mencionadas como algo que sentem falta, revelando o desejo de retomar o quanto antes.

Mesmo após a licença maternidade, o retorno ao trabalho foi considerado pela mãe um momento muito difícil, precisando ser adequadas as rotinas para trabalhar fora e cuidar do bebê, mesmo com o apoio de familiares.

Olha, foi muito difícil o período que eu voltei a trabalhar. Tudo ficava muito longe, meu emprego, a casa da minha mãe, onde ela ficava parte do dia, e a escolinha. Então ficava o dia todo sem ver ela, porque às vezes na hora do almoço eu ia na escolinha e ela estava dormindo, eu ficava com dó de acordar ela. À noite, ela queria só meu colo. Eu não podia fazer nada, que ela chorava de gritar. Daí, eu saí daquele emprego, agora, estou trabalhando com meu marido e fica tudo pertinho, então, ela está mais calma, deu prá ver a diferença (Mãe da Família Alegria-E4).

Primeiramente, as estratégias utilizadas pela família para o cuidado do bebê, enquanto a mãe trabalhava fora de casa, não foram consideradas

satisfatórias, então, além de buscar a ajuda da avó materna e o serviço de uma escolinha, foi necessário a troca de emprego, segundo relato da mãe.

Entre outras dificuldades apresentadas pelas mães professoras, estudo de Gravena (2006) sobre a percepção de retorno para o trabalho após o nascimento de um filho ressalta a necessidade de conciliação dos diferentes papéis exercidos por elas: profissional, esposa e/ou filha e mãe de um bebê, já que causavam modificações em seu ritmo de vida e acréscimo de tarefas. Outra situação apresentada no mesmo estudo como dificultadora foi a ansiedade vivenciada pela preocupação com o bebê, que, pela longa distância das creches e berçários do trabalho, fazia com que as mães ficassem grandes períodos afastadas sem poder ver o bebê, semelhante ao descrito pela fala da mãe deste estudo com famílias com BBP.

Foi observado, mais uma vez, que, diante das modificações que a família sofre no período de expansão, a mesma vai se reorganizando e se fortalecendo para prover o melhor em benefício de seu novo membro.

Diante das dificuldades para cuidar de um BBP, a existência de uma rede de apoio mostrou-se muito importante para que os pais pudessem equilibrar seus papéis dentro da família.

5 REFLETINDO SOBRE A EXPERIÊNCIA JUNTO ÀS FAMÍLIAS

Conhecer a experiência das famílias ao cuidar do BBP se constituiu em momentos gratificantes de troca e crescimento profissional e pessoal, provocando sentimentos, questionamentos e a busca de outros conhecimentos relacionados ao comportamento humano.

Apesar de adentrar nos domicílios, a aproximação com as famílias se deu de forma gradual e, a princípio, os seus membros se atinham apenas às questões do estudo e, às vezes, respondiam timidamente. Essa atitude é compreensível, e surge como uma maneira de se proteger, uma vez que a pesquisadora é uma estranha e a família se encontra fragilizada pelo momento difícil que está vivendo. Mas, com o passar do tempo, os familiares do bebê demonstraram seu carinho e a nossa chegada no domicílio era motivo de alegria, quando, por exemplo, aproximavam-se sorridentes para os cumprimentos e, ao nos abraçarem, diziam que sentiram nossa falta e que o encontro havia demorado muito. As expressões faciais demonstravam o apreço e a aceitação da família pela presença da pessoa e da profissional pesquisadora.

À medida que foi se desenvolvendo o relacionamento, a família ia apresentando as questões relacionadas ao cuidado com o bebê que geravam interrogações. Em consequência disso, durante um dos encontros, estiveram reunidos vários membros de uma mesma família e a madrinha do bebê, todos muito participativos, queriam esclarecer suas dúvidas sobre o bebê e até mesmo de situações de nascimentos de seus filhos. Dado o fortalecimento do vínculo, houve um pai que procurou ajuda fora dos momentos de encontro, numa ocasião em que a mãe precisava colher um exame e ele estava inseguro por ela não saber ler e não poder acompanhá-la.

O reconhecimento pela presença de um profissional no domicílio também foi demonstrado quando uma das famílias relatou a situação de duas mães de BBP de suas relações e sugeriu que fossem incluídas para o acompanhamento, referindo ser o mesmo importante e uma maneira de receberem o apoio que necessitavam para dar conta do cuidado ao seu bebê, inclusive por serem mães pela primeira vez.

Antes do início dos relatos do cuidado domiciliar, cada família teve a necessidade de relatar sua história em relação à gravidez, parto e período de internação do bebê. Entendemos como uma forma de se desvencilharem do período de tensões e inseguranças vividas por elas e iniciarem uma nova etapa em suas vidas.

Durante o período do estudo, foram muitas as oportunidades para serem observadas as peculiaridades de cada família quanto à sua organização, interações e modos de utilização de seus recursos para o cuidado do BBP. Esta constatação confirma o fato de que, no domicílio, é possível conhecer melhor a família, podendo compreender suas reais necessidades de cuidado.

O cuidado realizado pela família ao BBP no domicílio refletia suas crenças, cultura e experiências anteriores, ancorados nos ensinamentos de pessoas significativas, na maioria das vezes familiares ou então profissionais de saúde.

Foi marcante a dedicação das mães. Elas alteraram completamente seu modo de viver, esquecendo-se, por vezes, de si mesmas, deixando de lado todas as suas necessidades, inclusive os cuidados com a saúde, dando sempre prioridade para que o bebê recebesse todo cuidado nesse primeiros meses. Apesar de o nascimento do bebê não ter sido planejado por nenhuma delas e as alterações na rotina após a alta provocarem o cansaço físico, todas demonstraram estar felizes e orgulhosas por seus bebês.

Ao presenciar e ouvir os relatos sobre os cuidados familiares aos bebês, foi possível apreender que, quanto à maneira de oferecê-los, aconteceram as mais variadas situações. Os mesmos nem sempre estavam de acordo com os cuidados profissionais, e alguns, aparentemente, não traziam prejuízo para o bebê, porém, em outras situações o cuidado familiar provocava intercorrência, só então a família reconhecia a importância da orientação profissional e a forma correta de realizar o cuidado.

Entretanto, em outros momentos do estudo, percebeu-se que as famílias nem sempre conseguiam ter percepção da necessidade de certos cuidados ou mesmo a gravidade de uma situação ou os sinais de uma alteração na saúde do bebê, apresentando-se tranquila e relatando seu dia-a-dia sem nenhuma preocupação, mesmo diante das visíveis possibilidades de comprometimento neurológico do bebê. Essa situação aconteceu numa família em que a mãe era analfabeta e o pai sempre com uma atitude de muita responsabilidade com os

problemas a resolver, referindo, repetidas vezes, a condição da esposa não saber ler. Também coincidiu com outras questões observadas durante os demais encontros, como, por exemplo, hábitos de higiene precários, dificuldades para dar conta das recomendações médicas e da pesquisadora. Durante os seis meses, houve duas internações de bebê com passagem pela UTIN, o bebê com perda de peso significativa por falta da introdução de outros alimentos, fazendo uso de complemento desde a alta hospitalar, e desmame antes do terceiro mês de vida. Havia dificuldade para se expressar quando se referia a datas, duração dos eventos e localização no tempo.

Diante da experiência das famílias no cuidado ao bebê após a alta hospitalar, ficou evidente que as mesmas possuem suas habilidades, mas que têm necessidade de acompanhamento profissional. Porém essa atuação profissional no domicílio é apenas uma etapa, parte de todo o processo de nascimento de um bebê na família, e depende de todo o trabalho realizado durante a gestação, nascimento, período de internação e as ações da UBS ou mesmo dos serviços de planos de saúde. No domicílio, foi possível conhecer apenas alguns aspectos dessa experiência tão complexa, mas suficientes para entender a lacuna existente nas ações de saúde para dar suporte e atender a toda amplitude do cuidado necessário à díade família-bebê, levando em conta a descontinuidade de todas as etapas anteriores.

Neste estudo, as famílias se encontravam despreparadas para muitas situações que viveriam, e realizando cuidados comprovadamente inadequados algumas vezes. Talvez seria diferente se, com um período maior, essas questões tivessem sido trabalhadas, levando em conta sua cultura e crenças, na tentativa de aproximar seu modo de cuidar com o cuidado profissional quando necessário.

Em contraste com a situação acima descrita, encontramos famílias que, mesmo sofrendo as consequências da descontinuidade do processo de nascimento de um bebê e enfrentando um período de adaptação para cuidar do BBP em casa, mostraram-se com mais facilidade para se expressarem e buscar recursos para o cuidado do bebê no serviço público, fazendo sua avaliação crítica e encontrando novas alternativas quando a qualidade do serviço não lhes transmitia segurança. As mesmas apresentaram maior conhecimento das necessidades e características do BBP, bem como a maneira de cuidar esteve mais próxima do cuidado profissional e,

por muitas vezes, esse cuidado foi praticado sem nenhuma crítica ou rejeição por essas famílias.

Apesar de algumas famílias terem condições financeiras ou fazerem sacrifícios para ter convênio com um plano de saúde, esse recurso não foi suficiente para evitar que as mesmas passassem por dificuldades no domicílio, expressando dúvidas e receios, podendo ser observada, mais uma vez, a importância do acompanhamento domiciliar.

Quanto à atuação da ESF, foram citados apenas a chegada no portão de uma residência de um agente de saúde e telefonemas a três das famílias para agendamento de retornos para acompanhamento do bebê. Pela situação descrita, fica evidente que as famílias não puderam contar com o trabalho de profissionais de saúde em seus domicílios, apesar dos objetivos do PSF em atender uma área de abrangência, conhecendo sua população e evitando os riscos inerentes à sua clientela. Fica claro que essa falta influenciou o cuidado realizado pela família ao bebê que nasceu de BP.

O cuidado familiar no domicílio será adequado e eficiente à medida que, além dos gestores, a equipe de saúde, em particular a enfermagem assumirem sua parcela de responsabilidade para a mudança da prática dos cuidados, com a valorização da participação da família, seu conhecimento e crenças, para o planejamento conjunto do cuidado ao bebê nascido de BP.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos evidenciam questões relacionadas à experiência vivida por famílias no domicílio ao cuidarem se seus BBP. Encontramos em cada domicílio um contexto e suas peculiaridades, mas todas as famílias, a seu modo, desenvolviam os cuidados com dedicação, atenção e vontade de oferecer o melhor a seus bebês.

Ao regressar à sua casa com uma criaturinha nos braços, não importa as condições da família, cada uma enfrentou seus próprios desafios, sem, contudo, uma noção exata da magnitude do que iria vivenciar. Expressou as alterações em sua vida com o surgimento de sentimentos variados, nem sempre agradáveis, no entanto, com o passar do tempo, foram enfrentados com maior tranquilidade.

As mães do estudo se responsabilizaram pelo cuidado integral e diário do bebê, tanto para as necessidades físicas de higiene, medicação, vacinação, controle do peso, alimentação, como demonstrando atenção, amor e carinho por meio de palavras e gestos. A realização dos cuidados teve influência das crenças e experiências anteriores, e que nem sempre se igualava aos cuidados profissionais. Porém, no que se refere à prevenção da perda de peso, as famílias reproduziram alguns cuidados orientados pelos profissionais, mantendo as mamadas de três em três horas, banho em dias alternados, sempre realizando o controle do peso regularmente.

Quanto aos cuidados com a alimentação, infelizmente, os resultados apontam que apenas algumas mães iniciaram o aleitamento materno exclusivo e nenhuma delas conseguiu dar continuidade até o sexto mês de vida do bebê. O que nos faz concluir sobre a necessidade do extenso trabalho que ainda deve ser feito quanto ao aleitamento materno exclusivo, tão bem orientado pelas organizações governamentais e subsidiado por pesquisas científicas.

Como facilidades para os cuidados cotidianos, destacaram-se as orientações recebidas de profissionais durante a internação, experiências anteriores e a atuação da rede de apoio, sobretudo dos pais e avós. Essa ajuda se constituiu, na maioria das vezes, em cuidados ao próprio bebê ou aos filhos mais velhos, mas

ainda pequenos, e às tarefas domésticas, confirmando, dessa forma, a importância da rede de apoio no período de nascimento de um BBP após a alta hospitalar.

As intercorrências foram entendidas pelas famílias como situações que não significavam perigo quando as mesmas eram de conhecimento anterior, como as cólicas ou secreção ocular, porém, diante de intercorrências desconhecidas, como a hipertermia, engasgo ou choro contínuo, que significavam perigo, os relatos foram de insegurança, medo e dúvidas.

As alterações respiratórias foram mencionadas na forma de gripe, e também de maneira mais grave, como uma pneumonia, levando um dos bebês à internação com passagem pela UTIN por duas vezes entre o terceiro e sexto mês após a alta hospitalar.

As famílias expressaram que, para o cuidado do bebê, enfrentaram diversas dificuldades. Estas se relacionaram aos profissionais de saúde e serviços de saúde pública; às alterações na rotina diária; às características dos BBP e prematuros, bem como às dificuldades financeiras; a alguns casos pessoais e ao retorno ao trabalho.

De acordo com a percepção das famílias, a organização do serviço público de saúde não responde às suas necessidades para o acompanhamento do BBP após a alta hospitalar. Como relataram, a equipe de enfermagem não está preparada para atender a essa clientela na UBS, bem como não está presente no domicílio para acompanhar a família no cuidado ao BBP. Perde, com sua omissão, a oportunidade de compartilhar uma relação de confiança e crescimento mútuo, valorizando suas crenças e valores.

Os dados mostraram, ainda, que as famílias enfrentaram dificuldades devido às alterações em sua rotina diária. O acúmulo de tarefas levou ao cansaço físico, particularmente pela perda de sono durante a noite.

Percebemos que as crenças dessas famílias influenciaram sua percepção de saúde, doença e cuidados necessários ao bebê, bem como a maneira de realizar cada cuidado. Assim, não é possível desprezar a relação existente entre as crenças e as experiências dessas famílias no cuidado ao BBP, bem como a relação delas com o modo de cuidar do profissional que entrará em contato com as famílias.

Diante dos resultados deste estudo, destacamos a contribuição que os mesmos podem trazer ao ensino, à pesquisa e ao cuidado.

- Para o ensino, mostra a necessidade de uma formação humana que ajude o aluno – futuro profissional – olhar para o ser humano como um todo, reconhecendo e valorizando suas crenças, cultura e a realidade de cada família. Nesse aspecto, temos que refletir sobre as estruturas curriculares e a prática docente verificando se têm favorecido o fortalecimento e a instrumentalização dos profissionais em formação, para a atuação nesse contexto tão complexo da família no domicílio, que cuida do BBP após a alta hospitalar.

- Para a pesquisa, reforça a necessidade de aprofundarmos questões relacionadas à crença e, sobretudo, ao comportamento. Este primeiro estudo traz subsídios para pensarmos referenciais teóricos que nos ajudem na compreensão das necessidades apresentadas no universo da família na situação do nascimento de um BBP que vai ser cuidado no domicílio após a alta hospitalar..

- Para o cuidado, evidencia a lacuna existente na continuidade do cuidado no domicílio. Não basta alta tecnologia nas UTIs neonatais se não dermos continuidade do cuidado no domicílio, compreendendo a família na sua vivência. Podemos visualizar as possibilidades de refazermos caminhos, voltados para uma atuação ampla e comprometida. Para a compreensão e valorização da família em processo de expansão, é necessário que o profissional também reconheça suas crenças e valores a esse respeito e se as mesmas não têm sido uma barreira para o cuidado integral da díade família-bebê que nasceu de BP.

Recomendamos a aplicação deste estudo a outras famílias de BBP, e propomos a divulgação destes resultados às equipes de profissionais de saúde que estão ligadas ao atendimento direto dessa clientela tanto nos hospitais como em UBS e em PSF, com o objetivo de sensibilizá-los para a prática de um cuidado integral.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; DRACHLER, M. L.; GIUGLIANI, E. R. Determinants of growth retardation in Southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1182-1190, set./out. 2004.

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controlado realizado em Campinas, SP. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 1, mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2009.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunic. Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005.

ANDRADE, P. R. **Superando dificuldades impulsionada pela força do amor: a experiência da mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho**. 2004. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

ANDRADE, P. R.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V. Mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho: um modelo teórico. **Rev. Bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, Brasília, DF, v. 59, n. 1, p. 30-35, jan./fev. 2006.

ANDREANI, G.; CUSTÓDIO, Z. A. O.; CREPALDI, M. A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. **Aletheia**, Canoas, n. 24, p.115-126, dez. 2006.

ARRUDA, D. C. **Trajetória vivenciada pela família do recém-nascido prematuro e com muito baixo peso durante a infância**. 2006. 125 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Saúde) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006.

ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, p. 120-128, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERGAMASCHI, S. F. F. **A vivência da puérpera-adolescente com o recém-nascido, no domicílio**. 2007. 164 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BERGAMASCHI, S. F. F.; PRAÇA, N. S. vivência da puérpera-adolescente no cuidado do recém nascido, no domicílio. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 454-460, 2008.

- BERTHOUD, C. M. E. Visitando a fase de aquisição. In: CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 29-58.
- BOEHS, A. E. Recém-nascido. In: VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. F. M. (Org.). **Enfermagem na atenção primária de saúde**. 1. ed. Florianópolis: Imprensa Universitária, v. 1, p. 215-242. 2005.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1/3, p. 68-80, jan./jul. 2005. Disponível em: <http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução 196/96. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 2 jun. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromisso para a saúde integral e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao RN de baixo peso: método mãe canguru**: manual do curso. Brasília, DF, 2002.
- BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 21-29.
- CAETANO, L. C.; SCOCHI, C. G. S.; ANGELO, M. Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 562-568, jul./ago. 2005.
- CAMARGO, C. L. C.; LA TORRE, M. P. S.; OLIVEIRA, A. F. V. R.; QUIRINO, M. D. Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 3, p. 267-275, set./dez. 2004.
- CAMIÑA, R. S. **Prevalência de baixo peso ao nascer e fatores associados nos municípios da sétima regional de saúde de Joaçaba**: período de 1995 a 1999. 2005. 64 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, 2005.
- CARNIEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; ANTÔNIO, M. A. R. G. M.; MORCILLO, A. M. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das declarações de nascidos vivos. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 169-179, 2008.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Org.). **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- CHAMILCO, R. A. S. I. **Práticas culturais das parteiras tradicionais na assistência à mulher no período grávido-puerperal**. 2004. 228 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CORRÊA, I.; REGIANI, C.; LUQUE, A. L. F.; ROCHA, C. A. **Assistência à saúde da criança atenção primária do nascimento aos dois anos de idade**. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2006.

CURTY, M. G.; CRUZ, A. C.; MENDES, M. T. R. **Apresentação de trabalhos acadêmicos, dissertações e teses**. 2. ed. Maringá: Dental Press International, 2006.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psic. Teor. Pesq.**, Brasília, DF, v. 16, n. 3, Dec. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2009.

DEWEY, K. G.; COHEN, R. J.; BROWN, K. H.; RIVERA, L. L. Effects of exclusive breastfeeding for 4 versus 6 months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. **J. Nutr.**, Bethesda, no. 131, p. 262-267, Feb. 2001.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS (Org). **O viver em família e a interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 19- 28.

EMBLETON, N. E.; PANG, N.; COOKE, R. J. Postnatal malnutrition and growth retardation: an inevitable consequence of current recommendations in preterm infants? **Pediatrics**, Chicago, v. 107, no. 2, p. 270-273, 2001.

FERNANDES, R. A. Q.; LARA, A. C. L. Amamentação: auxiliando as mães no domicílio, após a alta hospitalar. **Online Braz. J. Nurs.**, Niterói, v. 5, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/352/79>>. Acesso em: 1 jan. 2009.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. **Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família**. 2. ed. Ribeirão Preto: FIERP, 2005. Disponível em: <<http://www.abebe.org.br/arquivos/Poster/094%20-%20Resumo%20cartilha%20educativa.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2009.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Inovando a assistência se enfermagem ao binômio mãe-filho em alojamento conjunto neonatal através da criação de um jogo educativo. **Revista Latino-am. de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 106-108, out. 2000.

GRAVENA, A. C. **Retorno ao trabalho após o nascimento de um filho: Percepções de professoras sobre sua experiência**. 2006. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006.

HAGUETTE, M.T.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 5, p. 70-76, set./out. 2001.

IBGE. **Contagem da população 2007**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/defaulttab.shtm>>. Acesso em: 17 dez. 2008.

IBGE. **Tábuas Completas de Mortalidade - 2007**. Comunicação Social. 01/12/2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=1275>. Acesso em: 01 fev. 2009.

JUSSANI, N. C.; SERAFIM, S.; MARCON, S. S. Rede social durante a expansão da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 2, p. 184-189, 2007.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. Laços em desenvolvimento: os primeiros dias e semanas. In: KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 103-119.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National Languge For Nursing Press, 1991.

LEITE, G. B.; BERGINI, L. O. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do programa saúde da família do município de campo mourão, Paraná, em 2003. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 3, p. 224-230, set./dez. 2005.

LEITURAS orientadas: neonatologia. Comitê Brasileiro sobre perdas auditivas na infância 1º recomendação - período neonatal. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=520&tipo=S>. Acesso em: 28 jan. 2009.

LIMA, M. S. S.; KOBATA, C. M.; SILVESTRINI, W. S. Perfil de adolescentes grávidas, internadas em dois hospitais públicos. **Folha Médica**, Rio de Janeiro, v. 4, n.119, p. 59-65, out./nov. 2000.

MACHADO, F. N.; MEIRA, D. C.; MADEIRA, A. M. F. Percepções da família sobre a forma como a adolescente cuida do filho. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 11-18, mar. 2003.

MACHADO, M. V. P.; ZAGONEL, I. P. S. O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 8, n. 3, p. 26-33, 2003.

MARAN, E. **Mortalidade neonatal: fatores de risco para óbitos neonatais no Município de Maringá-Pr, em 2003 e 2004**. 2006. 82 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006.

MARCON, S. S. A difícil arte de compartilhar desejos. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da. (Org.). **O viver em família e a interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 97-111.

MARCON, S. S.; ELSÉN, I. Criando os filhos e construindo maneiras de cuidar. In: ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da. (Org.). **O viver em família e a interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. v. 1, p. 43-64.

MARCON, S. S.; ELSÉN, I. Os caminhos que, ao criarem seus filhos, as famílias apontam para uma enfermagem familiar. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 5, p. 11-18, nov. 2006. Suplemento.

MATOS, R.; MADEIRA, A. M. F. Mãe adolescente cuidando do filho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 3323-388, dez. 2000.

MAZZINI, M. L. H. **A construção da identidade materna na adolescente grávida**. 2003. 185 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MELLO, D. F.; ROCHA, S. M. M.; MARTINS, D. C.; CHIOZI, S. Z. Cuidados maternos a crianças de baixo peso ao nascer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 262-269, 2002.

MICHIELIN, T. L. **Práticas de cuidado na saúde da criança**: percepções de enfermeiras do Programa Saúde da Família. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

MORAES, J. R. M. M.; CABRAL, I. E. O cuidar de crianças egressas da unidade de terapia intensiva neonatal no espaço domiciliar: instrumentos mediadores das famílias. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.13, n. 3, p. 452-458, jul./set., 2004.

MOREIRA, M. C.; CARVALHO, L. A.; CASTRO, S. J.; RIBEIRO, F. S. A prática do cuidado prestado pelas mulheres aos filhos no domicílio. **Enfermería Global**: Revista Eletrônica Semestral de Enfermagem, Murcia, n. 10, maio 2007. Disponível em:< 2007-1194-2PB[1].pdf>. Acesso em: 23 jan. 2009.

MOTTA, M. G. C. O Entrelaçar de mundos: família e hospital. In: ELSÉN, I.; SILVA, M. R. S.; MARCON, S. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. v. 1, p. 153-167.

MOTTA, M. G. C.; RIBEIRO, N. R. R.; PEDRO, E. N. R.; COELHO, D. F. Vivências da mãe adolescente e sua família. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 249-256, 2004.

MOURA, J. P.; MARTINS, V. **Relações, desenvolvimento e saúde**. Coimbra: Instituto de Psicologia Cognitiva, 2008. Disponível em: <<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>>. Acesso em: 22 dez. 2008.

MULLER-NIX, C.; FORÇADA-GUEX, M.; PERREHUMBERT, B.; JAUNIN, L.; BORGHINI, A.; ANSERMET, F. Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. **Early Human Development**, Amsterdam, v. 79, no. 2, p. 145-158. 2004.

NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R. A. Q.; GOMES, M. L.; HIGASA, D. N. Análise da efetividade de um programa de aleitamento materno exclusivo em comunidade carente da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 1, p. 87-92, jan./mar. 2005.

NASCIMENTO, L. F. C.; GOTLIEB, S. L. D. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da Declaração de Nascido Vivo em Guaratinguetá, SP, no ano de 1998. **Inf. Epidemiol. Sus.**, Brasília, DF, v. 10, n. 3, p. 113-120, set. 2001. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732001000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2008.

OLIVEIRA, P.; CASTRO, F.; RIBEIRO, A. Surdez infantil. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, p. 417-423, mai. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. rev. vol 1. Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: EDUSP, 1994. v. 1, Centro.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Método madre canguro**: guia prática. Genebra, 2004.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de saúde do Paraná. Centro de informações e diagnóstico em saúde. **Número de nascidos vivos**: mortalidade fetal e infantil detalhada, coeficiente de mortalidade perinatal e infantil detalhado. Paraná: dados preliminares. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/print.php?conteudo=2352>> Acesso em: 1 fev. 2009.

PEREIRA, D. Z. T.; MIURA, E. **Criando crianças da concepção aos 6 anos**. Porto Alegre: Magister, 2001.

PETEAN, E. B. L.; SUGUIHURA, A. L. M. Ter um irmão especial: convivendo com a Síndrome de Down. **Rev. Bras. Educ. Espec.**, Marília, v. 11, n. 3, p. 445-460, set./dez. 2005.

PICCININI, C. A.; PEREIRA, C. R. R.; MARIN, A. H.; LOPES, R. C. S. O nascimento do segundo filho e as relações familiares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 23, n. 3, p. 253-261, jul./set. 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PUGLISI, M. L.; FRANCO, B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília, DF: Líber Livro, 2005.

RAMALHÃO, A. B.; DUPAS, G. Vivendo a ambivalência: o significado da visita para os pais de neonatos internados em Unidade de Tratamento Intensivo. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 16, n. 3, p. 41-50, jul./set. 2003.

RAMOS, C. V. R.; ALMEIDA, J. G. A. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n. 3, p. 315-321, jul./set. 2003.

RANGEL, L. S.; MOREIRA, M. C.; JERÔNIMO, S. C.; RIBEIRO, F. A prática do cuidado prestado pelas mulheres aos filhos no domicílio. **Revista Enfermería Global**, [S.l.], n. 10, p. 1-9, maio 2007. Disponível em: < <http://revistas.um.es/eglobal/issue/view/65/showToc>>. Acesso em: 17 dez. 2008.

RIBEIRO, N. R. R. A trajetória da família à luz do interacionismo simbólico e de autores estudiosos da família. In: RIBEIRO, N. R. R. **Famílias vivenciando o risco de vida do filho**. Florianópolis: ed. Da UFSC, 2001. p. 174-188.

RICHARDSON, R. J.; PERES, J. A. S.; CORREIA, L. M.; PERES, M. H. M.; WANDERLEY, J. C. V. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RIOS, C. T. F. Método mãe canguru: uma investigação da prática domiciliar. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1277>. Acesso em: 18 dez 2008.

ROCHA, S. M. M., NASCIMENTO, L. C., LIMA, R. A. G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Rev Latino-am Enferm.** Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 709- 714, set/out. 2002.

RODRIGUES, D. P.; FERNANDES, A. F. C.; SILVA, R. M.; RODRIGUES, M. S. P. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 277-286, abr./jun. 2006.

RODRIGUES, D. P.; MONTESUMA, F. G. Contribuição social dos formandos na assistência de enfermagem à mulher no pré-parto, parto e puerpério. **Enferm. Atual.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 13, p. 32-36, jan./fev. 2003.

RUGOLO, L. M. S. S. Growth and developmental outcomes of the extremely preterm infant. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 81, p.101-110, 2005. Suplemento

SAAVEDRA, M. A. L.; COSTA, J. S. D.; GARCIAS, G.; HORTA, B. L.; TOMASI, E.; MENDONÇA, R. Incidência de cólica no lactente e fatores associados: um estudo de coorte. **J. Pediatr.**, Porto Alegre, v. 79, n. 2, apr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jan. 2009.

SAIGAL, S.; BURROWS, E.; STOSKOPF, B. L.; ROSENBAUM, P. L.; STREINER, D. Impact of extreme prematurity on families of adolescent children. **J. Pediatr.**, St. Louis, v. 137, no. 5, p. 701-706, nov. 2000.

SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. **Psico**: Universidade São Francisco, Bragança Paulista, v. 12, n. 2, p. 319-326, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1413-82712007000200020&lng=es&nrm=iso>>. Acesso em: 26 dez. 2008.

SCHIRMER, C. R.; PORTUGUEZ, M. W.; NUNES, M. L. Clinical assessment of language development in children at age 3 years that were born preterm. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 64, no. 4, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2006000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2009.

SCHUMACHER, B. UTI neonatal: espaço cênico de um espetáculo de dança. **Texto & Contexto Enferm.**, Santa Catarina, v. 12, n. 3, p. 27-35, 2002.

SCOCHI, C. G. S.; GAÍVA, M. A. M.; SILVA, M. H. A.; RIUL, M. J. S. Termorregulação: assistência hospitalar ao recém nascido pré-termo. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 72-78, jan./mar. 2002.

SEGRE, C. A. M. **Perinatologia**: fundamentos e práticas. São Paulo: Savier, 2002.

SILVA, O. P. V. A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. **Psicologia**: Teoria e Prática, Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 15-24, 2002.

SIMIONI, A. S.; GEIB, L. T. C. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61, n. 5, oct. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2009.

SIMONEK, C. M. Perda de audição no recém-nascido e no lactente: detecção e intervenção. **Correios da SBP.**, São Paulo, v. 7, p. 11-12, jan./mar. 2001.

SLOMP, F. M.; MELLO, D. F.; SCOCHI, C. G. S.; LEITE, A. M. Assistência ao recém-nascido em um programa de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 441- 446, set. 2007.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SOUSA, L. R. **Perinatologia atual**. Disponível em: <<http://www.jakobi.com.br/obs01.html>>. Acesso em: 17 jul. 2007.

SPYRIDES, M. H. C.; STRUCHINER C. J.; BARBOSA, M. T. S.; KAC, G. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 2, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2009.

STOELHORST, G. M. S. J.; RIJKEN, M.; MARTENS, S. E.; ZWIETEN, P. H.T.; FREENSTRA, J.; ZWINDERMAN, A. H. et al. Developmental outcome at 18 and 24 months of age in very preterm children: a cohort study from 1996 to 1997. **Early Hum. Dev.**, Amsterdam, v. 72, no. 2, p. 83-95, 2003.

TAVARES, A. S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Atenção e cuidado à família do recém-nascido em unidade neonatal: perspectivas da equipe de saúde. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 2, p. 193-203, maio/ago. 2006.

TOMELERI, K. R. **A experiência de mães adolescentes cuidando de seus filhos nos seis primeiros meses de vida**. 2007. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá. 2007.

TRINDADE, R. F. **Entre o sonho e a realidade**: a maternidade na adolescência sob a ótica de um grupo de mulheres da periferia da cidade de Maceió-Alagoas. 2005. 185 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 58, n. 1, p. 49-54, 2005.

UNICEF. **Mortalidade de crianças**: situação da infância brasileira. 2006. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/ancb/documentos/ACERVO_DE_%20APOIO/CURSOS_E_PUBLICACOES/Situa%C3%A7%C3%A3o%20da%20Inf%C3%A2ncia%20Brasileira_2006_Unicef%20-%20Completo.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2009.

UNICEF. **The state of the world's children 2000**. Disponível em: <<http://www.unicef.org>>. Acesso em: 1 fev. 2009.

VALANSI, L.; MORSCH, D. S. O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 112-119, jun. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 jan. 2009.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

VOHR, B. R.; WRIGHT, L. L.; DUSICK, A. M.; MELE, L.; VERTER, J.; STEICHEN, J. et al. Neurodevelopmental and functional outcomes of extremely low birth weight infants in the national Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, 1993-1994. **Pediatrics**, Chicago, v. 105, p. 1216-1226, 2000.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da Enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.

WATES, J.; SANGER, L. **Enciclopédia Wikipédia. Verbetes Maringá**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Maring%C3%A1>>. Acesso em: 20 jul. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Newborn health and survival: a call to action. In: _____. **Family and Community Health**. Geneva, 2001.

ZAGONEL, I. P. S. **O ser adolescente gestante em transição sob a ótica da enfermagem**. Pelotas: Ed. da UFPel, 1999.

ZAMPIERI, M. F. M.; CARTANA, M. H. F. Aleitamento materno. In: VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. F. M. (Org.). **Enfermagem na atenção primária de saúde**. 1. ed. Florianópolis: Imprensa Universitária, p. 243-267. 2005. v. 1.

ZANATTA, E. A. **Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses**. 2006. 163 f. Dissertação (Mestrado)—Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

ZANATTA, E. A.; MOTTA, M. G. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 556-563, dez. 2007.

APÊNDICE – A

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Projeto: A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA AO CUIDAR DE BEBÊS NASCIDOS COM BAIXO PESO NOS PRIMEIROS SEIS MESES APÓS A ALTA HOSPITALAR*

Sou enfermeira, docente no Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto Adventista Paranaense em Ivatuba-PR e aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Estou realizando uma pesquisa com os objetivos de: Compreender a experiência da família no cuidado à criança nascida com baixo peso nos primeiros seis meses, após a alta hospitalar, identificar as necessidades apresentadas pelas famílias para cuidar de crianças nascidas com baixo peso nos primeiros seis meses após a alta hospitalar, conhecer os recursos utilizados pelas famílias diante da percepção de intercorrências na saúde da criança nos primeiros seis meses após a alta hospitalar e identificar os fatores facilitadores e dificultadores percebidos pelas famílias no cuidado às crianças nascidas com baixo peso.

Tenho como Professora orientadora a Dr^a Sonia Silva Marcon, do Departamento de Enfermagem da referida universidade.

Convido-a (o) a participar desta pesquisa, a qual tem caráter totalmente voluntário. Tendo você à liberdade de recusar a participação ou de desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização ou ônus, sem que isto reflita em prejuízo no atendimento e/ou cuidado à criança, assim como, a sua participação na pesquisa não lhe dará o direito de requerer atendimento diferenciado a seu filho.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas gravadas e da observação da mães/família no domicílio durante o processo de cuidar de uma criança nascida com peso menor que 2000g.

Asseguro que os mesmos receberão todos os esclarecimentos que necessitar, que sua identidade será mantida em sigilo absoluto e que sua privacidade será respeitada. Sua participação não acarretará qualquer tipo de risco ou desconforto e as suas respostas serão analisadas posteriormente, resguardando sua identidade no caso de divulgação científica dos resultados. Comprometo-me a seguir todos os

preceitos éticos de acordo com a resolução 196/96 CNS. Agradeço desde já a sua colaboração pela participação na pesquisa.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar do mesmo.

_____ Data: ___/___/_____
Assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica

Eu, Elieth Lessa Fonseca, aluna do Mestrado pela Universidade Estadual de Maringá sob orientação da Dr^a Sonia Silva Marcon, declaro que fornecemos todas as informações referentes ao estudo ao participante acima mencionado.

Assinatura _____ Data: ___/___/_____

Elieth Lessa Fonseca. R: Veneza, 310.(44) 3236-8202 / 9977-1494. Enfermeira - e-mail: eliethfonseca@hotmail.com

Sonia Silva Marcon.R. Jailton Saraiva, 526. Cep- 87045-3000. (44) 3261-4494/3228-8401

Enfermeira - e-mail: ssmarcon@uem.br

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Sala 1 bloco 10 – Campus Central. Telefone (44) 3261-4444

APÊNDICE – B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança: _____ Cor _____

Data de nascimento: ____/____/____ Peso _____

Data da alta ____/____/____ Peso _____

Hospital: _____ Cidade: _____ Estado: _____

II – HISTÓRIA DA FAMÍLIA

2.1. Filiação

2.1.1. Mãe: _____ Data Nasc. ____/____/____

Profissão: _____ Nacionalidade: _____

Local de Trabalho: _____ Fone: _____

Endereço: _____

Escolaridade: _____

2.1.2. Pai: _____ Data Nasc. ____/____/____

Profissão: _____ Nacionalidade: _____

Local de Trabalho: _____ Fone: _____

Endereço: _____

Escolaridade: _____

2.2. Composição Familiar

Nome	Grau/Parente	Sexo	Idade	Profissão
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				
7 -				
8 -				

2.4. Situação – Social, Lazer, Espiritual e econômica

2.4.1. Atividades sociais e de lazer da família : _____

2.4.2. Religião de Pais: _____

2.4.3. Fonte de renda _____

III. DADOS DA CRIANÇA

3.1. Aspectos Gerais:

Bem Disposto, calmo, tranqüilo, indisposto, agitado, irritado, postura: _____

IV. QUESTÕES SOBRE O CUIDADO DA FAMÍLIA COM O RN DE BAIXO PESO

1 - É a primeira vez que vivenciam o nascimento de um filho com baixo peso?

() Sim () Não _____

3- Como está sendo para vocês cuidar do seu filho com peso menor que 2000g, aqui na sua casa?

4- Questões complementares

4.1. Têm alguma coisa que vocês não sabem, não conseguem ou têm dificuldade para fazer?

4.2. Esse cuidado exige algum equipamento ou recurso especial?

4.3. Quando a criança apresenta alguma coisa diferente o que vocês fazem? Quem vocês procuram? Quem os ajuda?

4.4. O que vocês consideram mais difícil para cuidar do seu bebê?

4.5. O que facilita para vocês, quanto ao cuidado do seu bebê? Tem alguém ou alguma coisa que os ajudam nesse cuidado?

ANEXO A

PARECER DO COPEP



Universidade Estadual de Maringá

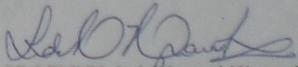
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998

CAAE Nº. 0134.0.093.000-07

PARECER Nº. 220/2007

Pesquisador(a) Responsável: Sonia Silva Marcon	
Centro/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem	
Título do projeto: Acompanhando a trajetória de cuidado vivenciada pela família das crianças nascidas Com baixo peso em Maringá e Sarandí, nos seis primeiros meses no domicílio.	
<p>Considerações:</p> <p>Trata-se de um Projeto de Pesquisa que propõe melhor compreender aspectos relacionados ao cuidado domiciliar de enfermagem às famílias de crianças nascidas com baixo peso, identificando as intercorrências na saúde destas crianças com baixo peso nos seis primeiros meses após a alta hospitalar. Propõe ainda identificar fatores facilitadores e dificultadores percebidos pelas famílias no cuidado às crianças. A metodologia será desenvolvida por uma enfermeira aluna da PPG - Mestrado em Enfermagem junto a famílias de crianças nascidas com menos de 250g nos municípios de Maringá e Sarandí no período de Agosto de 2007 a julho de 2008. A alta hospitalar (ao invés da data do nascimento) está sendo tomada como referência porque é comum crianças nascidas com baixo peso, em especial aos com muito baixo peso (MBP) ou prematuros extremos permanecerem hospitalizados por longo período. Serão coletados dados das famílias de crianças nascidas em Hospitais de Maringá (Universitário, Paraná, Santa Rita, Santa Casa, São Marcos, Maringá) e de Sarandí (Metropolitano). As entrevistas terão como objetivo coletar dados da família, da mãe e da criança.</p> <p>O TCLE está de acordo com a Resolução 196, o Curriculum Vitae está na plataforma Lattes e o orçamento, previsto em \$632,00, será custeado pelos pesquisadores.</p> <p>Não há autorização para realização do estudo do Hospital Metropolitano de Sarandí</p> <p>Parecer: Aprovado com recomendação de se obter a autorização do Hospital Metropolitano.</p>	
Situação: APROVADO COM RECOMENDAÇÃO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 29/06/2007	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 30/12/2008	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 136ª reunião do COPEP em 29/06/2007.</p>	 PROFª.DRª. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE.
 Bloco 10 sala 01 - Avenida Colombo, 5790 - CEP: 87020-900 - Maringá - PR
 Fone-Fax: (44) 3261-4444 - e-mail: coep@uem.br

ANEXO B

Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá



CECAPS – CENTRO DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
CECAPS/SECRETARIA DE SAÚDE/OFÍCIO N.º 881/2007

Maringá, 11 de maio de 2007.

*Sra.
Elieth Lessa Fonseca*

Informamos que a solicitação para desenvolver a pesquisa: “Assistência domiciliar à família do RN de baixo peso”, foi autorizada no setor de Vigilância Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, podendo agendar o horário conforme a disponibilidade do serviço.

Solicitamos que após a conclusão do trabalho seja enviada uma cópia ao CECAPS.

Atenciosamente,

Rosane Aparecida Dalge Paixão
COORDENADORA DO CECAPS
SECRETARIA DE SAÚDE
MARINGÁ - PARANÁ

Rosane Aparecida Dalge Paixão
Assessora do CECAPS

ANEXO C

Autorização do Hospital Santa Casa de Maringá

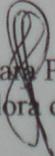
Maringá, 28 de maio de 2007.



À
Profª Dra. Sônia Silva Marcon
Orientadora Mestrado - UEM

Comunico por meio desta que está autorizada a realização de estudo junto a familiares de crianças nascidas com baixo peso, ou seja, menos de 2500gr. para composição de trabalho para Pós-Graduação –Mestrado da aluna Enf. Elieth Lessa Fonseca.

Certa de vossa compreensão, coloco-me a disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.


Josyara Pendloski
Coordenadora de Enfermagem