

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO  
ADOLESCENTE**

**CLAUDIA SIMONE ROCHA ARAÚJO**

**EXPERIÊNCIA MATERNA NA ESTIMULAÇÃO DA CRIANÇA PREMATURA NO  
DOMICÍLIO: ATITUDES E DESAFIOS**

**FORTALEZA – CEARÁ  
2016**

CLAUDIA SIMONE ROCHA ARAÚJO

EXPERIÊNCIA MATERNA NA ESTIMULAÇÃO DA CRIANÇA PREMATURA NO  
DOMICÍLIO: ATITUDES E DESAFIOS

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração Saúde da Criança e Adolescência.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

FORTALEZA – CEARÁ

2016

CLAUDIA SIMONE ROCHA ARAUJO

EXPERIÊNCIA MATERNA NA ESTIMULAÇÃO DA CRIANÇA PREMATURA NO  
DOMICÍLIO: ATITUDES E DESAFIOS

Dissertação apresentada a Universidade  
do Ceará em cumprimento do Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da  
Universidade Estadual do Ceará para  
obtenção do título de Mestre em  
Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.ª Dra. Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Araújo, Claudia Simone Rocha.

Experiência materna na estimulação da criança  
prematuro no domicílio: atitudes e desafios [recurso  
eletrônico] / Claudia Simone Rocha Araújo. - 2016.  
1 CD-ROM: il.; 4 1/2 pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do  
trabalho acadêmico com 160 folhas, acondicionado em  
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,  
Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do  
Adolescente, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde da Criança e do  
Adolescente.

Orientação: Prof.ª Dra. Vera Lúcia Mendes de Paula  
Pessoa.

1. Prematuro. 2. Estimulação precoce. 3.  
Desenvolvimento infantil. I. Título.

CLAUDIA SIMONE ROCHA ARAÚJO

EXPERIÊNCIA MATERNA NA ESTIMULAÇÃO DA CRIANÇA PREMATURA NO  
DOMICÍLIO: ATITUDES E DESAFIOS

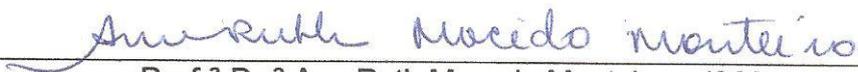
Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração Saúde da Criança e Adolescência.

Aprovada em: 22/02/2016

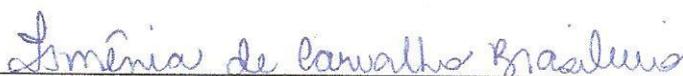
BANC EXAMINADORA



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa  
Universidade Estadual do Ceará



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Ruth Macedo Monteiro – 1º Membro  
Universidade Estadual do Ceará



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ismênia de Carvalho Brasileiro – 2º Membro  
Centro Universitário Estácio do Ceará/FIC

***DEDICATÓRIA***

---

Dedico este estudo a todas as mães que frequentam o SEP, mulheres esforçadas e corajosas; que buscam incansavelmente atender as necessidades de seu filho prematuro, amparando-o e acima de tudo amando-o como ele é.

# ***AGRADECIMENTOS***

---

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Divino Pai, por sua grande obra em minha vida.

À amiga, Nilce Almino, com quem compartilhei o sonho de ingressar nesse mestrado; por todo o apoio para vencer as etapas iniciais da seleção e companheirismo ao longo desse percurso.

À amiga, Lenise Fernandes, pelas palavras de força e demonstrações de amizade sincera.

À amiga de turma, Rejane Ponte, que foi meu modelo de superação e coragem, por tantas vezes que me trouxe ânimo.

Aos professores do CMPSCA, pelo empenho em compartilhar conosco sua expertise.

Aos amigos da 8ª turma, cada na sua singularidade, com os quais vivi momentos diversos de angústia e alegria, e que foi significado de companheirismo e motivação nestes últimos meses; pelos quais nutro um sentimento de afeto infindável.

À secretária Mary Anne, pela presteza e colaboração com a formatação deste impresso.

À secretária Iara, por seu cuidado e carinho com toda a turma.

À minha filha Cíntia Araújo de Medeiros, estudante do último ano de psicologia, por suas atitudes de incentivo, dispondo-se a contribuir, de uma forma ou de outra, com seu conhecimento e amor fraterno.

Ao meu marido Valter de Medeiros, por compreender minha ausência em tantas ocasiões; e por se dispor a me acompanhar nos lugares distantes das entrevistas de campo.

À minha família, por acreditarem em minha capacidade.

À minha coordenadora no Gonzaguinha, Milena Sampaio, por tantas vezes que me cedeu espaço para estudar durante o plantão, e dispôs-se a me ajudar com a formatação de alguns arquivos, interessando-se pela minha pesquisa.

À Terapeuta Ocupacional, Edda Araújo, que me inspirou no tema em questão, colaborando com sugestões e emprestando-me seus mais preciosos livros.

À minha amiga de longa data, Cyntia Lima, fisioterapeuta da UTIN do Gonzaguinha, quem me orientou nas primeiras noções de *word* e *excel*.

Às colegas do SEP, pelos momentos de discussão e troca de saberes, e por me cederem dados do setor necessários para complementação desta pesquisa.

A todas as mães e crianças que frequentam o SEP, por permitirem minha aproximação para realização deste estudo.

Aos componentes da Banca, por colaborarem com suas sugestões de aprimoramento desta pesquisa.

Aos demais, que direta ou indiretamente, contribuíram de alguma forma para realização deste projeto.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, a quem devo o resultado final deste feito; que além de me orientar em todo percurso, esteve ao meu lado, incondicionalmente, sempre disposta a me amparar com suas palavras iluminadoras de sabedoria e experiência; e nas críticas, destacou minhas falhas sem rodeios e com precisão, apontando-me novos caminhos. Foi firme e carinhosa, na medida certa. Compartilhou de todos os meus momentos de entusiasmo ou desânimo, sendo companheira, cúmplice e amiga. A ela, além de agradecimentos, expresso aqui minha grande admiração.

***ΕΠΪΓΡΑΦΕ***

---

*[...] Peço-lhe que tente ter amor pelas próprias perguntas, como quartos fechados e como livros escritos em uma língua estrangeira. Não investigue agora as respostas que não lhe podem ser dadas, porque não poderia vivê-las. E é disto que se trata, de viver tudo. Viva agora as perguntas. Talvez passe, gradativamente, em um belo dia, sem perceber, a viver as respostas [...]*

*Rainer Maria Rilke*

***RESUMO***

---

## RESUMO

Mães de crianças prematuras enfrentam situações de estresse emocional e físico que as tornam inseguras e receosas quanto aos cuidados domiciliares e a evolução do desenvolvimento de seu filho. Tendo em vista que o desenvolvimento infantil é influenciado pelas experiências de estímulos ambientais, este estudo objetivou compreender a percepção da mãe sobre a estimulação da criança prematura no domicílio. Utilizou-se uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Participaram da pesquisa, oito mães de crianças prematuras que frequentam o SEP (Setor de Estimulação Precoce) do Hospital Municipal Gonzaguinha da região metropolitana de Fortaleza-Ceará. Os dados foram coletados por meio de observação sistemática e entrevista semiestruturada nos lares visitados no período de maio a julho de 2015. Para organização dos dados empreendeu-se a redução do material discursivo utilizando-se para tal os princípios teóricos da hermenêutica. Foram obtidas 44 unidades de significado a partir da extração de 219 recortes das falas maternas; posteriormente foram realizadas reduções que culminaram em duas categorias temáticas, a saber: Experiência materna sobre a estimulação em domicílio; e Percepção materna sobre a estimulação do filho prematuro. A compreensão subsidiada pela literatura pertinente demonstrou o potencial materno de atender as necessidades do filho prematuro, apesar das diversas dificuldades com o manuseio da fragilidade do bebê e o acúmulo de tarefas, indicando a demanda de um suporte familiar adequado e apoio técnico mais consistente. Ao término desse estudo foi possível uma aproximação com a realidade vivenciada por esta população, que possibilitou compreender sua percepção sobre a estimulação do filho prematuro e permitiu a elaboração de um instrumento educativo de esclarecimento das questões mais frequentes entre os anseios e temores apresentados. Sugere-se a inclusão de visitas domiciliares que possam fazer um elo entre o SEP e o ambiente domiciliar, assegurando a viabilidade das propostas terapêuticas. Conclui-se ainda que se faz necessário maior aprofundamento do tema, dando continuidade à pesquisa, ampliando a abordagem da entrevista para o alcance de dados mais relevantes que possam favorecer mais estratégias de intervenção, além de contribuir com futuros estudos sobre o tema.

**Descritores:** Prematuro. Estimulação precoce. Desenvolvimento infantil.

***ABSTRACT***

---

## ABSTRACT

Mothers of premature children deal with situations of emotional and physical stress that makes them insecure and fearful about the home care and the evolution of the development of their children. Considering that child development is influenced by experiences with environmental stimuli, this study aimed to understand the perception of the mother about the stimulation of premature child at home. We used a qualitative, descriptive and exploratory approach. The participants were eight mothers of premature children who attend SEP (Setor de Estimulação Precoce - Early Stimulation Sector) of the Municipal Hospital Gonzaguinha the metropolitan area of Fortaleza, Ceará. Data were collected through systematic observation and semi-structured interviews in the homes visited in the period from May to July 2015. For the organization of the data it was made a reduction of the discursive material according to theoretical principles of hermeneutics. 44 meaning units were obtained from the extraction of 219 clippings of maternal lines; reductions were made after that culminated in two thematic categories, namely: Maternal experience of stimulation at home; and Maternal perception of stimulation of premature child. Understanding subsidized by the literature demonstrated maternal potential to meet the needs of premature infants, despite the various difficulties with handling the baby's fragility and the accumulation of tasks, indicating the demand for an adequate family support and more consistent technical support. At the end of this study it was possible an approach to the reality experienced by this population, which enabled us to understand their perception of stimulation of premature children and allowed the development of an educational tool for clarification of the frequently asked questions of the anxieties and fears presented. It is suggested the inclusion of home visits to make possible a link between the SEP and the home environment, ensuring the viability of the therapeutic proposals. It can also be concluded that it is most necessary the deepening of the issue, continuing the research, expanding the approach of the interview to achieve more relevant data that may favor more intervention strategies, and contribute to future studies on the subject .

**Descriptors:** Premature. Early stimulation. Child development.

# ***LISTAS DE ILUSTRAÇÕES***

---

## LISTA DE FIGURAS

1	Fluxograma do Serviço de Estimulação Precoce/SEP-HDGMM/2015.....	47
2	Prevalência da prematuridade na admissão por fatores de risco para atraso no desenvolvimento infantil em 2015 no SEP/ HDGMM, Fortaleza-Ceará-Brasil.....	48
3	Número de crianças de risco de atraso no desenvolvimento infantil acompanhadas nos anos 2014/2015 no SEP/ HDGMM, Fortaleza-Ceará-Brasil.....	50

## LISTA DE QUADROS

1	Síntese dos recortes e significados das falas maternas.....	55
2	Síntese dos recortes e unidades de significados.....	55
3	Síntese das unidades de significado em categorias temáticas.....	56

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AC I	Alojamento Conjunto
AC II	Alojamento Conjunto II
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários
MEC	Ministério de Educação e Cultura
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EP	Estimulação Precoce
SEP	Serviço de Estimulação Precoce
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
RN	Recém-nascido
AIDIPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
SNC	Sistema Nervoso Central
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE	Universidade Estadual do Ceará
HDGMM	Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....</b>	<b>20</b>
<b>1</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>31</b>
2.1	GERAL.....	31
2.2	ESPECÍFICOS.....	31
<b>3</b>	<b>EMBASAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO.....</b>	<b>33</b>
3.1	CAUSAS DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	33
3.2	EXPRESSÕES DE DÉFICIT NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	35
3.3	SUORTE TERAPÊUTICO NA PREVENÇÃO DE DÉFICIT DO DESENVOLVIMENTO .....	36
3.4	INTERAÇÃO DA FAMÍLIA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	39
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>43</b>
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	43
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	46
4.3	ENCONTRO COM OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	51
4.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	52
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DISCURSOS.....	54
4.6	QUESTÕES ÉTICOS .....	57
<b>5</b>	<b>A APROXIMAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA MATERNA.....</b>	<b>59</b>
5.1	EXPERIÊNCIA MATERNA SOBRE A ESTIMULAÇÃO EM DOMICÍLIO	59
5.2	PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A ESTIMULAÇÃO DO FILHO PREMATURO .....	75
<b>6</b>	<b>O RE-CONHECIMENTO DA MÃE E DA SUA MATERNIDADE.....</b>	<b>84</b>
<b>7</b>	<b>NOVOS OLHARES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL.....</b>	<b>89</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>94</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>104</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>154</b>

**CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO  
DO ESTUDO**

---

## **1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO**

O desenvolvimento humano é um processo de crescimento e mudança em nível físico, comportamental, cognitivo e emocional ao longo da vida. Assim preconiza a teoria piagetiana ao afirmar que “Com efeito, a vida é uma criação contínua de formas cada vez mais complexas e o estabelecimento de um equilíbrio progressivo entre essas formas e o meio” (PIAGET, 1975, p. 15).

No meio intrauterino, o desenvolvimento do feto depende de características genéticas e biológicas. Na vida extrauterina, recebe influência da interação do meio com o ambiente, que vai proporcionar a construção de habilidades comportamentais, cognitivas e sócio afetivas. Segundo Melo e Andrade (2013), “Crianças que nascem prematuramente têm maiores taxas de paralisia cerebral, deficiências sensoriais, dificuldades de aprendizagem e doenças respiratórias, em comparação com crianças nascidas a termo” (2013, p.550).

O desenvolvimento infantil está sujeito a riscos de origens diversas, capazes de gerar atraso na sua evolução. O avanço científico e tecnológico na biomedicina nas últimas décadas, além da melhora da assistência à gestante, tem aumentado a sobrevivência de recém-nascidos (RN's) de risco nas Unidades de Terapia Neonatais (UTIN's) (MIRANDA, CUNHA, GOMES, 2010; PICCOLI *et al.*, 2012), levando mais famílias a necessitarem de orientações sobre a estimulação das aquisições psicomotoras de seu filho, visto que grande parte destes desenvolve alguma seqüela, mesmo que leve.

Após a alta hospitalar, bebês identificados como de risco para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor deverão ser encaminhados a um serviço de referência, onde terão acompanhamento de uma equipe especializada, dando suporte e seguimento indicados (MOREIRA; GRAVE, 2014).

Por ser a pesquisadora fisioterapeuta com mais de 20 anos de atuação na área de neuropediatria, acompanhando crianças com desordem de desenvolvimento e atraso psicomotor originada por diversas patologias, foi possível vivenciar lacunas no conhecimento das mães sobre o significado do processo de desenvolvimento,

além da incerteza de estarem sendo praticadas as recomendações de estimulação e manuseio para o domicílio, tão importantes quanto a boa frequência na terapia.

A experiência materna na sua participação da estimulação do filho prematuro em domicílio não poderia se restringir a uma visão profissional do contato cotidiano no ambiente terapêutico. Observa-se a necessidade de compreender a percepção da mãe sobre sua contribuição na estimulação do filho prematuro que apresenta atraso nas aquisições psicomotoras.

Considerando a importância da continuidade da estimulação em casa, como complemento da terapia, buscamos conhecer o contexto familiar em que se encontra essa criança e observar as práticas cotidianas em favor do seu desenvolvimento. Partindo deste princípio, esta pesquisa toma como objeto de estudo a estimulação do desenvolvimento da criança prematura no domicílio.

Com a intenção de uniformizar princípios e abrangência das práticas de intervenção precoce já existentes no país, para prevenir ou minimizar possíveis defasagens de desenvolvimento humano ainda na primeira infância, no ano de 1995, o Ministério da Educação e Cultura (MEC), em acordo com a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) regulamentou o Programa de Estimulação Precoce junto à Educação Especial (MEC, 1995).

Conforme suas diretrizes educacionais, o MEC definiu a intervenção como uma prática integrada de recursos humanos e ambientais que incentivam o pleno desenvolvimento do processo evolutivo do desenvolvimento nesta fase. Preconizou ainda que toda a intervenção deve ser praticada por uma equipe especializada, pautada na transdisciplinaridade.

O estudo de uma psicóloga sobre a intervenção precoce reforça a sua importância nas três esferas de atuação. Inicialmente havia apenas ações de assistência terciária, oferecendo atendimento às crianças com diagnóstico definido, evitando ou minimizando suas complicações. Com a ampliação da atenção dos cuidados neonatais do prematuro abriu-se espaço para a abordagem secundária de prevenção, prevenindo o impacto dos riscos para se desenvolver distúrbios do desenvolvimento e fazendo diagnósticos mais precoces. Na prevenção primária, a

atuação se faz junto a população de crianças consideradas normais, orientando as famílias e agindo sobre diversos fatores causais na promoção e proteção da saúde infantil (PEREZ-RAMOS, 1990).

Uma pesquisa desenvolvida na Universidade Federal de São Paulo por Resegue *et al.* (2008) enumerou diferentes fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil, dividindo-os em ambientais e biológicos, embora fatores destas duas categorias são frequentemente sinérgicos. Constatou que vários fatores ambientais podem influenciar um desenvolvimento individual, tais como as relações interpessoais desenvolvidas em contextos específicos. Os fatores biológicos incluem, além da prematuridade, asfixia perinatal, hemorragia peri-intraventricular, infecções congênitas, infecções adquiridas, desordens hematológicas e bioquímicas durante o período neonatal, microcefalia, malformações, síndromes genéticas e baixo peso ao nascer.

Outro estudo realizado por fisioterapeutas de Porto Alegre-RS/Brasil e publicado na Revista de Neurociências, concorda que diversos fatores podem interferir no curso normal do desenvolvimento motor. Contudo, a intervenção adequada pode ser benéfica para prevenir, minimizar ou até mesmo reverter o atraso no desenvolvimento (WILLRICH; AZEVEDO; FERNANDES, 2008).

Menezes *et al.* (2013) realizaram uma pesquisa sobre o perfil do desenvolvimento de bebês pré-terms acompanhados no seguimento ambulatorial e constataram que o baixo peso ao nascimento e a idade gestacional  $\leq 36$  semanas interferem no desenvolvimento motor, levando ao atraso na aquisição de habilidades motoras. Assim, faz-se necessário um acompanhamento interdisciplinar para identificação precoce dos riscos e a intervenção terapêutica imediata visando uma estimulação adequada.

Muitos estudos discorrem sobre os riscos para alterações no desenvolvimento a que estão sujeitos os bebês pré-termo, reforçando que toda criança prematura considerada de alto risco, passa por uma situação de hospitalização que poderá levá-la a desenvolver algum tipo de prejuízo no seu desenvolvimento.

Segundo afirma Piccoli *et al.* (2012, p. 417), a permanência prolongada de prematuros na UTIN “[...] pode gerar outros agravos imediatos e em longo prazo, além de representar importante fator de risco para alterações no desenvolvimento que poderão comprometer a funcionalidade e qualidade de vida dessas crianças [...]”; levando a necessitar por um longo período de uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde e dos familiares, especialmente das mães, para que tenha um desenvolvimento satisfatório, como defende Botelho *et al.* (2012).

O olhar da mãe sobre o seu bebê traz uma série de informações a respeito de seu desenvolvimento. Sua capacidade intrínseca de perceber alterações no comportamento do filho deve ser valorizada e explorada pelos profissionais durante o contato nas unidades básicas de saúde. É ela quem geralmente passa maior tempo com ele e assim direciona as condições de influência ambiental a que vai estar sujeito, sendo a maior responsável por seu bem-estar.

Faz parte da nossa cultura, a ideia da responsabilização materna sobre os cuidados da prole. E, em casos que envolvem complicações e riscos, a mãe se sente ainda mais cobrada, inclusive por ela. Se o bebê tem algum comprometimento, às vezes é considerado incapaz de se desenvolver sem apoio. Falando da dependência da criança em relação à mãe, Winnicott acredita que “[...] este adaptar-se dos processos de maturação é algo extremamente complexo, [...] sendo que inicialmente a mãe sozinha é o ambiente favorável” (WINNICOTT, 1990, p. 81).

Dando prosseguimento às ideias de Freud (1856-1939), Lacan (1901-1981) afirma que “Enquanto não encontra seu próprio sentido, ao bebê resta corresponder ao sentido que lhe dão [...]” (p.25), passando por um processo que chama de *alienação*, pois “É necessário alienar-se no desejo e nas palavras de um outro da espécie para poder ter existência simbólica” (p.25). Esse outro ser é geralmente a mãe, que tem um destaque especial para o bebê, pois, “[...] com suas palavras, seu olhar e seus toques, marca-o com seu desejo, sua imagem. Só assim é que o desenvolvimento poderá se dar” (p.31) (BERNARDINO, 2006).

Vale lembrar que a responsabilidade de dar atenção às necessidades da criança cabe a toda família, e não somente à mãe. Além disso, o confronto com uma

realidade inesperada em casa gera bastante insegurança aos familiares. O bebê também sofre grande desconforto se, em casa, não houver infraestrutura adequada para recebê-lo. Cabe a esta mãe conduzir o filho na trajetória de seu desenvolvimento, preparando-o para o enfrentamento das dificuldades, tornando-o capaz de atender às expectativas que também o satisfaçam.

É natural que toda mãe idealize seu bebê durante o período gestacional, contando que este venha a ser uma criança saudável (BRAZELTON; CRAMER, 1992). Quando é desejada, a criança já existe, antes mesmo de ser concebida. Na presença de alguma situação de risco, depois do nascimento, este começa a surgir como um estranho, pronunciando sentimentos confusos e incompreendidos. O bebê frágil passa a corromper a imagem do bebê perfeito e saudável existente no imaginário de toda mãe (SOIFER, 1980; ARIAS, 1988; HERREN; HERREN, 1986).

Em estudo sobre a percepção materna e o aprendizado do cuidado, muitas mães evidenciaram altos índices de ansiedade, insegurança e dúvidas, revelando a importância de serem capacitadas durante o período de hospitalização, preparando-as para o ambiente domiciliar (SIQUEIRA; DIAS, 2011). Na pesquisa de Melo e Andrade, realizada no Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Ceará, Brasil, sobre as expectativas maternas, considerou-se que “Estudos revelam que mães de bebês prematuros podem desenvolver sintomas clínicos de depressão, nervosismo, angústia, insegurança, ansiedade e disforia como consequência do sentimento de medo de se aproximar do filho” (MELO; ANDRADE, 2013, p. 549).

A angústia e confusão de sentimentos vivenciados pelas mães foram objetos de estudo na pesquisa de representações sociais, onde foram identificadas várias dificuldades enfrentadas por elas no cuidar materno diante do filho prematuro, dentre as quais: medo, dúvida e ansiedade. “Ficou evidenciado que para uma mãe realizar esse cuidado, ela acaba passando por diversas dificuldades, por sentimentos negativos e positivos [...]” (BOTELHO *et al.*, 2012, p. 934), como desespero e esperança.

Essas dificuldades por que passam os familiares podem ser minimizadas, se estes estiverem inseridos em um programa de acolhimento rico em informações

sobre as diversas ocorrências e as perspectivas de estimulação e acompanhamento que asseguram a evolução satisfatória do desenvolvimento de seu filho. Veleda, Soares e Cézar-Vaz (2011, p. 83) criticam a carência de informações sobre o desenvolvimento infantil voltadas para a família:

[...] os profissionais de saúde que atendem crianças não costumam orientar as famílias sobre os problemas psicossociais e sobre o desenvolvimento. Vários transtornos do desenvolvimento poderiam ser diagnosticados precocemente se os profissionais de saúde mantivessem um contato aberto e um vínculo com as famílias, principalmente com as mães.

Historicamente os programas de intervenção precoce centravam-se apenas na criança, esquecendo sua família e os contextos de sua vida. O modelo médico via a família em segundo plano, pois cabia aos profissionais as decisões sobre os cuidados prestados à criança. O enfoque excessivo no profissional em detrimento do receptor dos serviços foi amplamente criticado. Felizmente, na década de 1960, surgiram teorias sistemáticas com enfoque na família (SERRANO, 2007; PEREIRA; SERRANO, 2010).

O envolvimento da família tem sido promovido de diferentes formas na intervenção precoce, devido à evolução de filosofias conceituais sobre o desenvolvimento humano. A avaliação feita pelos profissionais pode e deve ser enriquecida pelo conhecimento que os cuidadores têm a respeito da criança, tornando a percepção dos intervencionistas precoces mais holísticas. A avaliação realizada pelos pais não só nos dá indicações relativas à criança, como também nos mostra expectativas, frustrações, rotinas e formas de estabelecer relação com o seu filho (GRAÇA *et al.*, 2010).

Em pesquisa realizada por duas fonoaudiólogas no Estado do Paraná-Brasil em um serviço de Estimulação Precoce, no qual foi avaliado o desenvolvimento infantil a partir da perspectiva da mãe, Hekavei e Oliveira (2009) observaram que o modo de compreensão das mães, tanto do processo de desenvolvimento motor, quanto linguístico dos filhos, indicou uma melhora no desempenho dessas crianças.

Observando as condições sociais como fator de risco para o desenvolvimento da criança, Resegue *et al.* (2007) alertam para a qualidade das

relações interpessoais e os papéis desempenhados pela família no domicílio. Neste sentido, a atuação da equipe de intervenção precoce só prevalece se houver um conhecimento do contexto familiar, considerando que este influencia o desenvolvimento da criança.

Sabemos que o contexto familiar e a moradia exercem grande influência na recuperação do bebê de risco, pois é durante a primeira infância que se formam os principais vínculos estabelecidos no domicílio, e que interferem no seu desenvolvimento. Partindo de então, faz-se conveniente trabalhar com propostas de parceria, estreitando laços de compromisso entre as partes.

É provável que devido à baixa escolaridade, ou mesmo por negação, muitos pais podem não perceber leves atrasos nos primeiros meses de vida, diante do filho tão pequenino, desconsiderando a importância destes no crescimento e desenvolvimento. E isso, muitas vezes, é motivo de abandono da terapia. Após completar um ano de vida, as alterações tornam-se mais evidentes e a família busca retomar o acompanhamento. Nestes casos, muitas aquisições encontram-se prejudicadas, considerando que o maior pico do desenvolvimento se dá até os dois primeiros anos de idade.

Em se tratando de Intervenção Precoce, é fundamental a aproximação do profissional com a família, para que esta perceba como se estabelece a dinâmica envolvida no processo da estimulação, considerando a urgência dos acontecimentos, e não desperdice oportunidades para avançar nas etapas de aquisição psicomotora.

Graças à plasticidade neural, o cérebro desenvolve novas conexões sinápticas que ajudam a superar lesões neurológicas (ANDRADE; ANDRADE, 2013; BOAVIDA, 2012). Novos comportamentos são apreendidos e o desenvolvimento torna-se contínuo, a partir da estimulação precoce. A compreensão dos familiares acerca desses aspectos do desenvolvimento da criança parece contribuir para essa evolução.

É responsabilidade da equipe de saúde disseminar o seu conhecimento, contribuindo para a educação em saúde. A abordagem profissional nas diversas

situações de proximidade com o usuário deve ser a mais criteriosa possível, visando detectar as demandas desta população e oferecer oportunidades de intervenção que contemplem ações humanizadas durante o acolhimento nas unidades básicas de saúde.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Expressa uma atitude de aproximação, que implica relacionar-se com algo ou alguém. “É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ético-estética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS” (BRASIL, 2008, p.6).

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008), se refere ao acolhimento como uma postura ética que implica na escuta do usuário e suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Atualmente, muitas iniciativas de acolhimento surgem no sentido de dar o suporte de que a família necessita para lidar com essa realidade inesperada.

Em sua pesquisa, Nascimento (2012) elabora uma tecnologia leve em forma de cartilha, como medida acolhedora para aproximar as mães de RN's prematuros de uma UTIN na Cidade de Belém do estado do Pará/ Brasil. Outra tecnologia de acolhimento, como forma de comunicação entre pais e profissionais, foi a proposta de Viana *et al.* (2012), para dar informações às mães de crianças prematuras internadas numa unidade neonatal da Região Sul do Estado do Ceará/ Brasil, visando evitar o distanciamento familiar.

O papel da equipe de saúde não deve se limitar à aplicação de técnicas específicas, mas também conhecer a criança dentro do contexto em que está inserida, levando-se em conta os fatores ambientais, e principalmente as relações familiares, para oferecer o suporte necessário.

Analisando a influência do meio em que vive, Winnicott considera que “[...]o ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de

maturação. Mas o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial” (1990, p.81).

Anzanello (2010) referiu-se ao ambiente familiar como o local que apresentou mais associações entre o desenvolvimento motor e as oportunidades de estimulação motora, sendo onde as crianças obtiveram melhor classificação relacionada ao desempenho motor.

É importante abordar que o ambiente domiciliar deve atender não somente aos cuidados básicos de higiene e alimentação, mas também ser um facilitador do seu desenvolvimento afetivo e social. Quando a família é incluída de modo efetivo nesse processo, os ganhos são ainda mais evidentes. McWilliam (2010) lembra que a qualidade das relações que a criança experimenta com os seus principais cuidadores tem um impacto decisivo no seu desenvolvimento.

Sabendo da influência do ambiente doméstico no desenvolvimento da criança, o envolvimento da família vem sendo cada vez mais valorizado. Surge então a necessidade de conhecer a experiência materna em relação ao cuidado com a criança no domicílio para compreender como é percebido o seu desenvolvimento e como se dá a prática de sua estimulação cotidiana. Mas, de que modo a mãe participa da estimulação do desenvolvimento da criança prematura no domicílio? Quais seriam as necessidades e questionamentos da família sobre esse assunto? Que instrumentos podem ajudar às mães a promoverem a estimulação da criança prematura no domicílio?

Já que o ambiente familiar é aquele onde a pessoa recebe todo o apoio afetivo e psicológico, valores humanos e éticos, além de outras ferramentas necessárias para seu pleno desenvolvimento físico e mental, percebemos que uma boa orientação poderia ser primordial para que as mães se sintam motivadas a inserir na sua rotina diária, estratégias que possam ser transformadoras na vida de seu filho, com uma estimulação mais voltada para o desenvolvimento integral dessa criança.

A inserção da pesquisadora neste contexto a fim de compreender os elementos que envolvem essa dinâmica necessária para conhecer a construção do

núcleo familiar, e como ocorre a sua participação no desenvolvimento da criança, é o fator motivador deste estudo. Um olhar crítico e reflexivo sobre esse ambiente doméstico e as ações da mãe, podem permitir visualizar possíveis falhas e obstáculos para um desenvolvimento adequado, reforçando aspectos positivos a serem implementados. Sem o conhecimento do ambiente doméstico, a proposta terapêutica e seus resultados se limitam ao suporte hospitalar.

O fato de a criança frequentar um programa de seguimento depende, para sua eficiência, de uma boa interação entre os profissionais e a família, assim como um bom entendimento dos contextos que interferem na evolução do desenvolvimento infantil.

Sendo a família o ambiente de relações afetivas que mais contribui para o desenvolvimento emocional e cognitivo adequado da criança, é também o que tem mais influência negativa, quando se encontra desestruturado. Torna-se, então, fundamental a implementação de condutas indicadas para o contexto domiciliar, assegurando resultados mais satisfatórios e continuidade do tratamento aplicado pela equipe interdisciplinar.

A relevância desse estudo está inserida na contribuição para o incentivo às políticas educacionais e intervenções de humanização voltadas para a formação de profissionais envolvidos, valorizando estratégias de participação da família no processo de recuperação do seu filho.

## ***OBJETIVOS***

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

- Compreender a percepção da mãe na estimulação da criança prematura no domicílio.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Incentivar a participação materna na evolução do desenvolvimento da criança prematura.
- Proporcionar à mãe elementos que favoreçam a aquisição de habilidades para a estimulação do desenvolvimento psicomotor da criança prematura.

***O EMBASAMENTO TEÓRICO DO  
ESTUDO***

---

### **3 O EMBASAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO**

#### **3.1 CAUSAS DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

O desenvolvimento infantil envolve um processo dinâmico que se inicia na vida intrauterina, englobando aspectos do crescimento físico, da maturação neurológica e da construção de habilidades comportamentais, cognitiva e sócio afetiva da criança (MIRANDA; RESEGUE, FIGUEIRAS, 2003).

É um processo em constante evolução, que depende do crescimento e diferenciação do sistema nervoso central (SNC), considerando seu potencial biológico e genético. Recebe também influência da interação contínua da criança com o mundo que a rodeia, considerando as condições ambientais e seus aspectos psicossociais, culturais e econômicos (HASSANO *et al.*, 1990).

As causas de atraso no desenvolvimento encontram diversos fatores de risco associados às características da criança, da família e do ambiente. As de origens biológicas são várias; desde as pré-natais, incluindo consumo materno de álcool ou drogas, doenças cromossômicas ou síndromes genéticas; aos problemas relacionados com o período periparto, como prematuridade, asfixia, infecções diversas, displasia broncopulmonar, hemorragia peri-intraventricular, desordens hematológicas e bioquímicas durante o período neonatal, microcefalia, malformações, e baixo peso ao nascer; ou posteriores doenças endócrinas, distúrbios metabólicos, má nutrição, traumas acidentais (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014).

As crianças nascidas prematuramente possuem maior chance de apresentar atraso do desenvolvimento e distúrbios neurológicos em decorrência da imaturidade do seu sistema nervoso central. Autores concordam que: “[...] o menor peso ao nascer e a maior prematuridade se correlacionaram com piores indicadores de desenvolvimento cognitivo, da linguagem expressiva e da motricidade fina” (SILVEIRA; ENUMO, 2012, p. 342).

Formiga *et al.* (2013) reforçam que a idade gestacional é um importante fator para a maturação do feto, e que pode influenciar nas suas respostas sensório-motoras. Além disso, concordam que outro fator que pode influenciar negativamente o desenvolvimento motor é o baixo peso ao nascer, na sua maioria associado à prematuridade, sobre a qual outros autores observam que:

Embora grande parte dos recém-nascidos prematuros não desenvolva alterações neurológicas graves, estes estão mais propensos a apresentarem alterações e/ ou desvios em suas aquisições nas áreas motora, linguística, cognitiva, podendo apresentar no futuro, distúrbios de aprendizagem, déficits na coordenação motora, percepção viso-espacial e dificuldades de linguagem (LAMÔNICA; PICOLINI, 2009, p. 145).

Dependendo de sua condição ao nascer, a criança de muito baixo peso permanece internada em UTIN, submetida a diversas situações de estresse, que podem colocar em risco a evolução do seu desenvolvimento.

Resegue *et al.* (2007) afirmam que o desenvolvimento neuropsicomotor dos recém-nascidos de baixo peso é pior quando associado a condições sociais desfavoráveis. E, assim como Formiga *et al.* (2013), lembram que as crianças prematuras possuem maior risco de apresentar atraso do desenvolvimento e distúrbios neurológicos em decorrência da imaturidade do seu sistema nervoso.

Apesar dos fatores biológicos exercerem uma grande influência sobre o desenvolvimento infantil, não podemos desconsiderar a discussão sobre as diferentes influências do ambiente devido às suas contrastantes características econômicas e culturais, que interferem no processo de crescimento e desenvolvimento.

A família constitui o melhor contexto relacional para favorecer o desenvolvimento adequado, mas quando a harmonia desse ambiente se encontra prejudicada, pode trazer maior impacto negativo sobre o desenvolvimento individual (SANTOS *et al.*, 2013).

Para Resegue *et al.* (2008), fatores ambientais também podem influenciar um desenvolvimento individual, tais como as relações interpessoais desenvolvidas em contextos específicos ou desequilíbrios afetivos. Silveira e Enumo (2012) alertam que variáveis psicossociais, em longo prazo, podem exercer ainda maior influência

no desenvolvimento do que o próprio nascimento de risco, enumerando algumas dessas variáveis ambientais:

Em relação às variáveis psicossociais, os fatores de risco mais identificados foram os problemas conjugais, a maternidade/paternidade precoce e a habitação superlotada, os quais, de acordo com a literatura, podem acarretar maior comprometimento para o comportamento e para o desenvolvimento neuropsicomotor da linguagem e da motricidade (2012, p. 342).

Muitos estudos sobre a família apontam como fatores de risco ambientais: personalidade dos pais; presença de atividade criminal; falta de apoio social; depressão parental; baixo nível educacional; condições inadequadas de habitação, saúde, educação e alimentação; sendo a pobreza o de risco mais grave, já que por si só pode acarretar outros fatores e ainda limitar oportunidades (SILVA *et al.*, 2008).

Novos enfoques estão voltados para visualização de fatores de proteção, que criam barreiras contra os fatores de risco, amenizando seu prejuízo. São incentivos às redes de apoio social e relações mais participativas e democráticas na família (SILVA *et al.*, 2008; MATSUKURA *et al.*, 2012). Entretanto o baixo nível socioeconômico dificulta estas relações positivas.

Nesse sentido, a suspeita de atraso deve ocorrer a partir do período neonatal baseada no conhecimento dos fatores de risco associados a alterações do desenvolvimento, a fim de identificar precocemente os sinais de déficit e serem implementadas estratégias protetoras de apoio.

### 3.2 EXPRESSÕES DE DÉFICIT NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Apesar das diferenças peculiares de cada indivíduo, influenciando no padrão de normalidade, as aquisições tendem a acontecer sempre de uma forma sequencial e previsível nas diversas áreas.

As alterações do desenvolvimento infantil podem apresentar-se em forma de desvios na sequência das aquisições, como falar bem, mas não perceber ordens simples; ou nas diferenças na velocidade de aquisição entre as várias áreas, podendo apresentar atraso só na área motora; ou ainda em atraso em todo o

desenvolvimento, caracterizando aí um atraso global do desenvolvimento (FERNANDES, 2009).

Durante os primeiros meses do recém-nascido, a preocupação dos pais é com o ganho de peso e seu crescimento. Após os seis meses a atenção se volta para o desenvolvimento motor; sentar e engatinhar ocupam posições de destaque, seguidos da troca de passos e marcha independente a partir dos 10 meses. Só mais tarde, por volta dos 18-24 meses é que os pais prestam mais atenção ao aspecto cognitivo, especialmente à linguagem (FERNANDES, 2009).

De acordo com Bobath e Bobath (1990) e Brandão (1985) o atraso na sustentação cefálica pode ser decorrente da debilidade dos músculos do pescoço e tronco, sendo um dos indícios precoces de alterações neurológicas nos primeiros meses de vida.

O que observamos nas Unidades de Terapia Neonatais é que prematuros de risco com problemas neurológicos podem apresentar alterações do tônus muscular, irritabilidade, choro persistente, abalos ou convulsões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em um estudo randomizado controlado de um programa de intervenção precoce em crianças de baixo peso ao nascer, no norte da Noruega, Kaaresen *et al.* (2008) observam que prematuros têm um risco aumentado de déficit cognitivo e motor, bem como problemas de comportamento. Conclui-se que são problemas que afetam crianças mundialmente.

### 3.3 SUPORTE TERAPÊUTICO ÀS CRIANÇAS NA PREVENÇÃO DE DÉFICT DO DESENVOLVIMENTO

Desde o nascimento aos dois primeiros anos de vida, é a fase em que o tecido nervoso mais cresce e amadurece. Contando com respostas favoráveis aos estímulos nesta fase, devido à grande plasticidade neural nesse período, é o momento propício para a terapia de estimulação (FIGUEIRAS *et al.*, 2005).

Acompanhar o desenvolvimento infantil nesse período é fundamental, pois é nessa etapa da vida extrauterina que o tecido nervoso se encontra mais vulnerável a danos causados por patologias adquiridas ou agressões do meio ambiente, estando mais suscetível a agravos. Devido à sua plasticidade é também nesta época que a criança melhor responde as terapias e aos estímulos do ambiente.

Sendo os primeiros anos de vida da criança fundamentais para o seu desenvolvimento global, a relação mãe-filho ocupa lugar fundamental na estimulação das capacidades motoras e cognitivas da criança neste período, influenciando as dimensões: sócio afetivo, motricidade, linguagem e cognitiva (CÂMARA, 2013).

Para a vigilância do desenvolvimento infantil de zero a dois anos, o programa de estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) propôs um manual de orientações para os profissionais de saúde sobre a avaliação baseada em marcos específico para cada momento da faixa etária (FIGUEIRAS *et al.*, 2005).

Os programas mais convencionais de Intervenção ou Estimulação Precoce consistem em atividades de estimulação sensório-motora baseadas no Conceito Neuroevolutivo Bobath e Método Samarão Brandão.

O método Bobath valoriza posturas que visa uma adequação de tônus, inibição de padrões patológicos e a facilitação de movimentos funcionais (SANTOS; CUNHA; FRANCO, 2006).

Apesar do Conceito Bobath, como é chamado atualmente, ainda ser bastante utilizado, tem sido muito questionado o seu uso isolado. Critica-se a inibição dos reflexos, mesmos os patológicos, já que é constatado que eles estão presentes em muitos momentos de nossas vidas.

Segundo Brandão (1992), as coordenações sensório-motoras interferem de maneira direta nas atividades voluntárias da criança, sendo influenciadoras no amadurecimento normal dos mecanismos de coordenação e modulação do tônus postural.

Mais recentemente, está sendo difundido o uso de outras técnicas de estimulação baseadas em abordagens mais complexas: Terapia de Integração Sensorial e TheraSuit.

A Integração Sensorial desenvolvida pela Terapeuta Ocupacional A. Jean Ayres, na década de 1970 é o processo pelo qual o SNC localiza, classifica e organiza os impulsos sensoriais e transforma as sensações em percepção para que o indivíduo possa interagir com o meio, de forma funcional (AYRES, 1989).

O Método TheraSuit foi idealizado pelo casal norte-americano de fisioterapeutas Isabela e Richard Koscielny, em 2001, para tratar a filha com paralisia cerebral. Fazendo uso de uma veste anti-gravitacional, presa por polias elásticas a uma espécie de gaiola, a criança é exercitada com o objetivo de: fortalecimento muscular, flexibilidade e amplitude articular e ganhos funcionais (OLIVEIRA, 2013; SILVA, 2013).

Em Fortaleza, cidade onde será realizada a pesquisa, apenas clínicas particulares dispõem dessas últimas duas abordagens de terapia. Acreditamos no benefício da *mesclagem* das diversas técnicas, pois todas trazem ganhos específicos para cada etapa de evolução do desenvolvimento infantil, e assim complementam-se.

Tradicionalmente, as crianças são estimuladas por uma equipe interdisciplinar formada por um(a) fisioterapeuta, um(a) terapeuta ocupacional e um(a) fonoaudiólogo(a), por 45 minutos, ficando 15 minutos com cada profissional ou de acordo com suas necessidades, numa frequência de duas vezes por semana.

O ambiente é fechado, podendo a mãe permanecer enquanto recebe orientações para o cuidado domiciliar. A estimulação é realizada em colchonetes ou tatames, com suporte de rolos e bolas apropriadas, como também brinquedos para incremento do lúdico, objetivando ganho nas aquisições de percepções sensorio-motoras.

Em paralelo, deve haver um suporte de outros profissionais, como o psicólogo e o assistente social, além de um neuropediatra de referência para acompanhamento ambulatorial.

A família deve ser esclarecida de que o tratamento da criança não se restringe apenas ao ambiente hospitalar ou à clínica, considerando-os como únicas propostas terapêuticas. A continuidade do cuidado em domicílio com o manuseio adequado, complementa esse tratamento a favor da otimização do desenvolvimento da criança.

### 3.4 INTERAÇÃO DA FAMÍLIA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O desenvolvimento infantil é uma resultante da interação entre as características genéticas e o meio ambiente onde a criança se desenvolve. Sabemos também da necessidade de estímulos sensoriais para o desenvolvimento da capacidade de comunicação (fala) e coordenação psicomotora. O ambiente ideal para a criança pequena é aquele no qual ela é criada em seu próprio lar, no contexto de uma relação afetuosa e contínua com sua própria mãe, sob condições de estimulação sensorial variável (BOWLBY, 2006).

Bowlby (2006), em trabalho realizado para a Organização Mundial de Saúde compactua com a ideia de que a mãe é a pessoa melhor qualificada para promover uma relação interpessoal estável e afetuosa, bem como um padrão necessário de estimulação sensorial, distinguindo condições típicas em que ocorre esse vínculo formador de apego, que demonstra que os tipos de personalidade e condições psicossociais têm consequências no desenvolvimento.

No apoio às mães, Melo e Andrade acreditam que:

Para conseguir minimizar os sentimentos maternos e facilitar a relação entre mães e filhos prematuros, faz-se necessário demonstrar que elas são responsáveis pelos cuidados de suas crianças. Contudo, essas mães merecem atenção e esclarecimento por parte dos profissionais envolvidos nos cuidados de seus filhos sobre desenvolvimento infantil (2013, p.550).

Oferecer apoio e orientações à mãe é necessário para que a mesma se sinta acolhida e motivada a introduzir na sua rotina, vivências com uma estimulação mais orientada que possam acrescentar aspectos otimizantes no desenvolvimento de seu filho, tornando o ambiente domiciliar mais seguro e eficaz para o desenvolvimento integral dessa criança.

Da mesma forma, Frota (2011) considera importante valorizar o papel da mãe, creditando a ela a responsabilidade de conduzir atividades ricas em criatividade e afetividade, orientando como introduzir na rotina diária aspectos relevantes para o desenvolvimento do seu filho, agindo diretamente sobre a emoção, amor, carinho e compreensão.

A importância do cuidado materno está na qualidade do contato, sendo este fundamental para o bom desenvolvimento psicoafetivo. Porém, a mãe não é a única pessoa presente na vida da criança; outros membros da família fazem parte do seu mundo e devem também estar aptos para oferecer qualidade no contato afetivo.

Analisar a interação familiar é de grande importância para incentivar um relacionamento afetivo satisfatório para o desenvolvimento da criança. Um ambiente familiar estressante traz prejuízo para as experiências vivenciadas na infância.

Há inúmeras possibilidades de influência dos fatores ambientais no desenvolvimento do indivíduo, como os papéis e as relações interpessoais, realizadas face a face, em um determinado contexto; os vários cenários de desenvolvimento a que as pessoas estão submetidas num determinado momento e as estruturas sociais mais amplas relacionadas aos valores do grupo cultural e ao momento político, histórico e econômico dos indivíduos.

Influenciado pelas ideias de Jean Piaget (1896/1980) sobre os estágios de evolução da cognição infantil, o psicólogo americano Urie Bronfenbrenner (1917, 2005) lança a teoria ecológica do desenvolvimento, na década de 1970, que fala do processo de interação mútua entre a criança e a família, seu meio social primário, que constitui o microssistema, e desse com o meio ambiente, ao qual denomina de macrossistema, e através do tempo, cronossistema. Bronfenbrenner define a ecologia do desenvolvimento humano como:

[...] estudo científico da acomodação progressiva, mútua, entre um ser humano ativo, em desenvolvimento, e as propriedades mutantes dos ambientes imediatos em que a pessoa em desenvolvimento vive, conforme esse processo é afetado pelas relações entre esses ambientes, e pelos contextos mais amplos em que os ambientes estão inseridos (BRONFENBRENNER, 1996, p.18).

No modelo Ecológico de Bronfenbrenner, o desenvolvimento é analisado na influência de cada ambiente relacional, na forma como a criança interage e reage dentro dos sistemas, vivenciando experiências diferentes no tempo e no espaço. O *experimento ecológico* investiga as relações progressivas entre o organismo humano em evolução e o seu ambiente.

Samaroff propõe um Modelo Transacional que reúne fatores de risco biológicos e ambientais e demonstra como eles funcionam juntos, como causas de deficiências de desenvolvimento na infância (SAMEROFF; CHANDLER, 1975). Defende que o desenvolvimento é o resultado das interações entre a criança e as experiências proporcionadas pela sua família e pelo contexto social.

Assim, dependendo da formação e do interesse dos diversos autores, algumas pesquisas se preocuparam com os fatores relacionados ao microambiente dos indivíduos e outras, com aspectos das estruturas sociais mais amplas. De maneira geral, os estudos relacionados aos fatores de risco do microambiente, enfocam principalmente a qualidade da relação mãe-filho e a consequência da privação materna para o desenvolvimento da criança (RESEGUE *et al.*, 2007).

De acordo com esse modelo, o ambiente que esta criança está inserida pode agir como facilitador ou como barreira para o seu desempenho funcional e social, devendo, portanto, ser considerado no processo terapêutico. Frota reflete sobre a extensão domiciliar do tratamento promovido pelo profissional, considerando que “[...] a continuidade desse cuidado permitirá que a criança tenha suas limitações ultrapassadas e se ajuste adequadamente nas atividades de vida diária” (FROTA, 2011, p. 11).

O envolvimento da família é um poderoso fator na estimulação da criança com limitações sensório-motoras. O distanciamento dela traz dificuldade na assistência e no engajamento com a proposta da equipe. Além de receber orientações acerca da estimulação da criança em casa, a mãe deve ser alertada da importância de proporcionar atividades externas e contato com outras pessoas, evitando o isolamento social.

# ***PERCURSO METODOLÓGICO***

---

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Na tentativa de vislumbrar o sentido da realidade vivenciada pelas mães que frequentam o serviço de Estimulação Precoce, procuramos tomar uma direção humanística na busca da compreensão de experiências vividas por estas mães. Ancora-se aí a justificativa de uma abordagem que possibilite a compreensão desta subjetividade. Logo, a pesquisa foi conduzida para explorar a realidade na perspectiva da abordagem qualitativa.

A escolha da abordagem qualitativa na condução desse estudo pode ser compreendida a partir do referencial teórico de Minayo (2004, p. 102) ao afirmar que “Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com aprofundamento e abrangência da compreensão [...]”. De modo que o objetivo aqui pretendido apenas pode ser alcançado por meio de aspectos subjetivos e impossíveis de quantificação.

Uma aproximação com os aspectos subjetivos que permeiam a mãe e seu filho prematuro no ambiente domiciliar viabiliza o conhecimento panorâmico da infraestrutura, sua realidade existencial e da presença de fatores que possam favorecer ou comprometer o manuseio de uma estimulação adequada.

Com o intuito de captar a expressão da experiência materna no contexto domiciliar, fez-se necessário assumir um olhar diferenciado e postura mais atenta para as falas e atitudes da mãe, que pudessem vir a ser reveladoras. Permitimos que a experiência se mostrasse, sem interferências ou antecipação de conceitos. Assim, os fenômenos foram pensados conforme as percepções do indivíduo que o experimenta, tal como se apresenta para ele, numa postura filosófica (GIL, 2010).

Inúmeros autores, afirmam que na construção do conhecimento humano, há necessidade de permitir que o objeto se mostre como tal, livre de concepções antecipadas por parte daqueles que decidem por revelá-lo. Analisando a concepção de Edmund Husserl (1859-1938), Sousa *et al.* (2010, p. 225) falam da suspensão do

juízo: “Husserl sustenta que na atitude natural e cotidiana um fenômeno geralmente não é apreendido por si mesmo, mas sim a partir de um juízo prévio”. Evitando essa atitude, dá-se oportunidade para uma apreensão do verdadeiro sentido que se busca revelar.

Como suporte teórico para compreensão pretendida foi utilizado o método hermenêutico que é considerado como “[...] fundamental em todas as humanidades – em todas as disciplinas que se ocupam das *obras* do homem” (PALMER, 1989, p. 22).

O desenvolvimento da hermenêutica remonta ao século XII inicialmente como elemento auxiliar na exegese de textos bíblicos. Contudo, posteriormente, sua utilização foi também estendida aos textos jurídicos com ampla aplicação na ciência do Direito. A partir do século XIX, a Hermenêutica foi reformulada no âmbito da filosofia e passou a ser útil no conhecimento das ciências sociais.

A Hermenêutica tem origem etimológica na palavra grega: *hermēneuein*, que significa: avaliar, explicar, interpretar ou traduzir. Mello (2010) afirma que a hermenêutica é entendida como uma interpretação filosófica que proporciona a percepção do texto além de suas palavras. Tem como sentido expressar a compreensão do fato não perceptível.

Toda interpretação baseia-se em pressupostos filosóficos. O problema da hermenêutica torna-se, assim, um problema fundamental do pensamento filosófico contemporâneo, problema introduzido por Friedrich Schleiermacher (1768-1834) e Wilhelm Dilthey (1833-1911), que se enraíza na hermenêutica existencial de Martin Heidegger (1889-1976) e vem ganhar mais desenvolvimento com a hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer (1900-2002).

Esses autores elaboraram teorias para melhor aplicação da hermenêutica. Para o teólogo e filósofo alemão Schleiermacher a compreensão tem um sentido circular, presente em uma relação de diálogo, onde um “[...] conceito individual tira o seu significado de um contexto ou horizonte no qual se situa [...]”. Por uma interação dialética entre o todo e a parte, cada um dá sentido ao outro “[...]” (PALMER, 1989, p. 94). Para complementar, cita outro filósofo alemão, Dilthey, que

explica a hermenêutica como uma questão epistemológica, devendo ser compreendida historicamente em unidades de sentido, baseada em um contexto passado e um horizonte futuro (PALMER, 1989).

Depois de Schleiermacher e Dilthey seguiram-se mais dois filósofos alemães: Heidegger e Gadamer. Heidegger buscou fundamentação na fenomenologia de Husserl, pois para ele hermenêutica significa buscar compreender o significado do mundo pelo sentido da própria existência humana. Porém, diferentemente de seu mestre, “[...] procurava desenvolver uma “hermenêutica da facticidade”, onde a própria existência concreta e já sempre dada do homem seria a base para qualquer investigação fenomenológica” (MISSAGGIA, 2012, p. 2).

“O problema da compreensão suscita a questão da verdade. [...] Heidegger compreende a verdade como acontecimento histórico do ser no qual- por si mesmo- se revela e se oculta a nós” (CORETH, 1973, p. 149).

Numa abordagem mais filosófica, Gadamer analisa a subjetividade da existência humana por uma compreensão ontológica (universal), onde “[...] é necessário estar aberto para o novo, para a experiência, para a quebra de expectativa [...]” (BONFIM, 2010, p. 82).

Enquanto Maximiliano (2009) fala que hermenêutica “é a teoria científica da arte de interpretar”; observando a ótica de Dilthey (PALMER, 1989, p. 114), que defende que “[...] a experiência é algo no qual e pelo qual vivemos, é a própria atitude que temos com a vida e na qual vivemos”, outro estudioso complementa que:

O segmento que se busca captar é o sentido histórico da vivência e da existência tal como é percebida pelo autor da conduta. A técnica fundamental é a "hermenêutica" no sentido de Dilthey, ou seja, uma decifração que permita entender, tal como na história, o sentido que encadeia as vivências - estas sendo concebidas como a história da pessoa - a partir dos indicadores contidos no relato de cada um (SEMINÉRIO, p.13, 1986).

Portanto, a escolha desse método se deu pelo fato dele viabilizar o conhecimento do contexto domiciliar em que a criança se insere e a observação da dinâmica familiar. Além disso, traz para o investigador a possibilidade de perceber a compreensão das experiências da mãe tendo como elemento norteador seu próprio ponto de vista.

## 4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Esse estudo foi realizado no Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (HDGMM), conhecido como Gonzaguinha de Messejana, da rede municipal e situado na região metropolitana de Fortaleza, Cidade do Ceará, sendo considerada a mais populosa da região Nordeste do Brasil, com 2.591,188 habitantes, conforme o Censo do IBGE/2015.

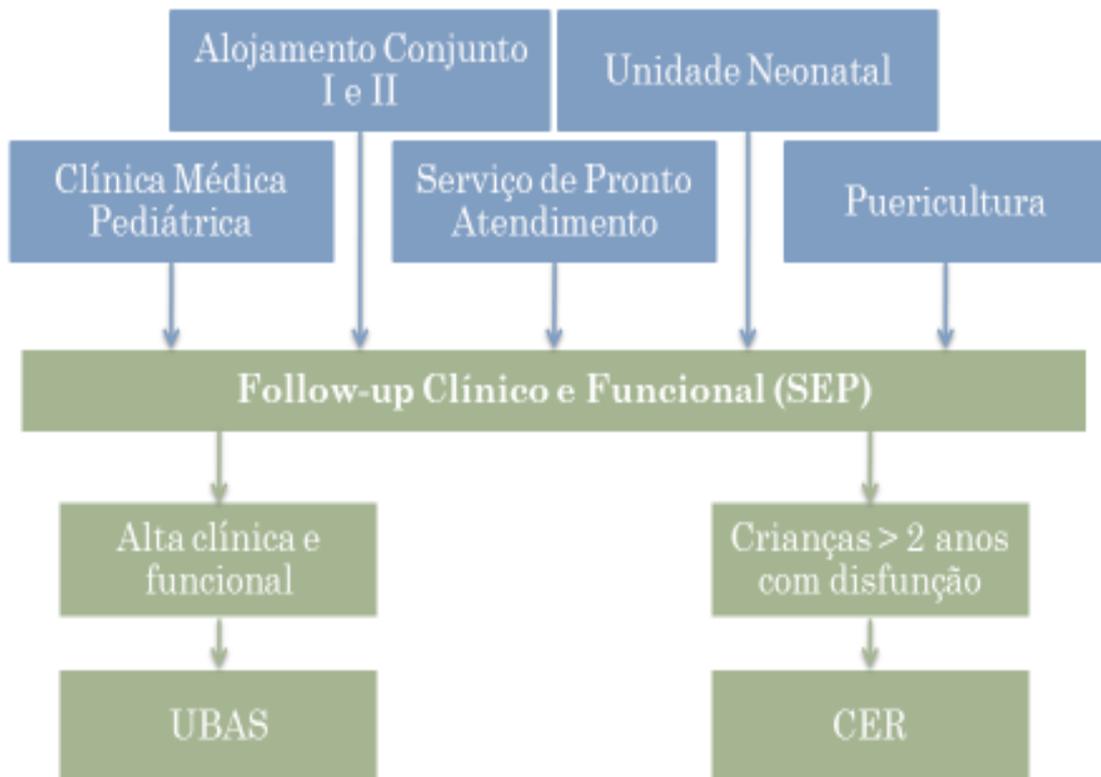
Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no referido hospital, em 2015 foram realizados 4.424 partos, sendo 465 prematuros, e destes, apenas 160 tiveram 7 consultas pré-natais e 28 nenhuma consulta foi realizada, o que corrobora com fatores de risco (FORTALEZA, 2016).

O campo da pesquisa foi o Serviço de Estimulação Precoce (SEP), que foi implementado em abril de 2013 por meio de um projeto elaborado por equipe multidisciplinar, com sugestão de fluxograma vinculado a outros serviços de referência do hospital (ANEXO A).

A proposta incluiu a integração com todos os programas que atendem a gestante de risco, vinculados ao projeto “guarda-chuva” Parto que te Quero Perto, tais como: Pré-natal, (Serviço Interdisciplinar de Ginecologia e Obstetrícia para Adolescentes (SIGO); Sala de Parto, Casa da Gestante, Projeto Canguru, Rede Cegonha; Unidade Básica de Atenção à Saúde da Família / Núcleo de Atenção à Saúde da Família (UBASF/NASF); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN); ACI Alojamento Conjunto I (AC I) Alojamento Conjunto II (AC II); Ambulatório de Puericultura, Ambulatório de Follow-Up / Seguimento; Emergência e Clínica médica.

O fluxograma atual pode ser visualizado na ilustração abaixo (FIGURA 1), destacando a referência de crianças que necessitam acompanhamento além dos dois anos para os Centros Especializados de Referências (CER) do Estado.

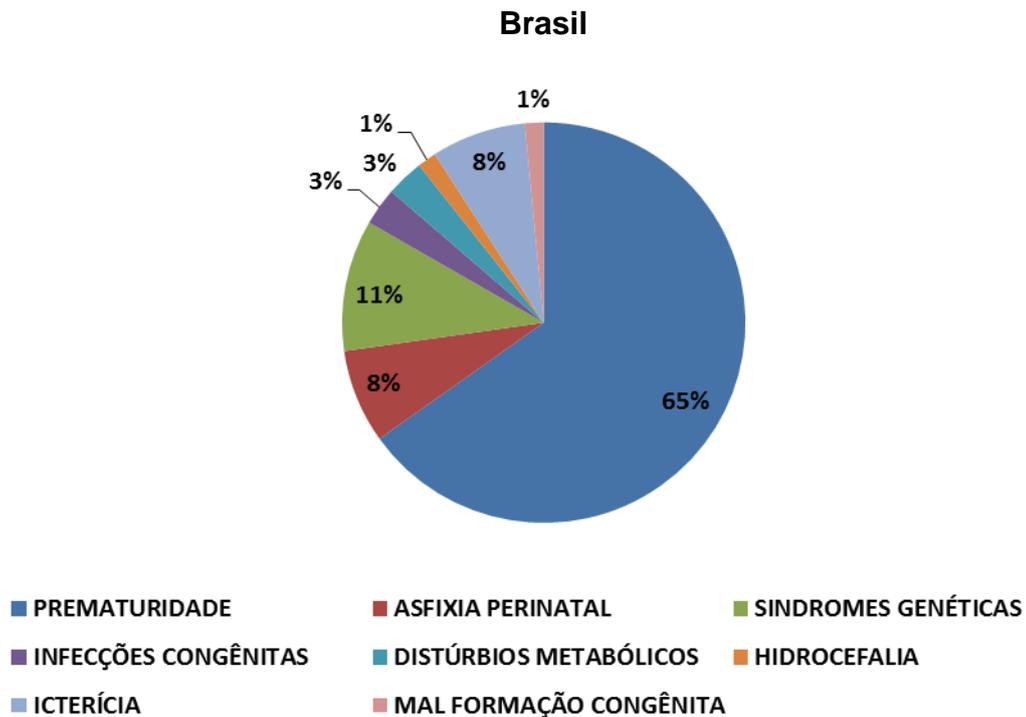
Figura 1 – Fluxograma do Serviço de Estimulação Precoce/SEP-HDGMM/2015



Fonte SEP/HDGMM/Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015

A triagem para admissão no setor ocorre de acordo com fatores de risco do desenvolvimento infantil. O setor recebe prioritariamente crianças oriundas da UTIN e da UCIN, após a alta do alojamento conjunto/ maternidade, na sua maioria afetada pela prematuridade, obedecendo alguns critérios de indicação que estão sendo divulgados através de busca ativa e quadros afixados nas unidades (ANEXO B). Há casos de encaminhamentos mais tardios, por atrasos detectados posteriormente em consultas de acompanhamento ou durante internações clínicas. Recentemente uma triagem identificou os principais fatores de risco determinantes para encaminhamentos e admissão no SEP confirmando a prevalência da prematuridade (FIGURA 2).

**Figura 2 – Prevalência da prematuridade na admissão por fatores de risco para atraso no desenvolvimento infantil em 2015 no SEP/HDGMM, Fortaleza-Ceará-**



Fonte SEP/HDGMM/Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.

No período de coleta dos dados, o SEP funcionava numa pequena sala, somente com três profissionais no turno da manhã; e no turno da tarde o mesmo espaço era destinado a Brinquedoteca. A terapia de estimulação ocorria em cinco grupos de três crianças com frequência nas terças e quintas-feiras, e outros cinco grupos nas quartas e sextas-feiras, totalizando uma capacidade de 30 crianças. Todo trabalho era desenvolvido por equipe multidisciplinar constituída por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e psicóloga, atuando sob a perspectiva interdisciplinar.

Enquanto aguardavam vaga na terapia, as mães eram acolhidas em grupos, para receberem orientações sobre a condução do cuidado da criança em casa, incluindo orientações sobre posturas, alimentação e banho. Esses encontros aconteciam nos dias de segundas-feiras, pela manhã, de 8 às 10h; sendo o segundo tempo, de 10 às 12h, reservado para anamnese de crianças recém-admitidas. Também fazia parte das ações o incentivo ao fortalecimento do vínculo mãe-bebê,

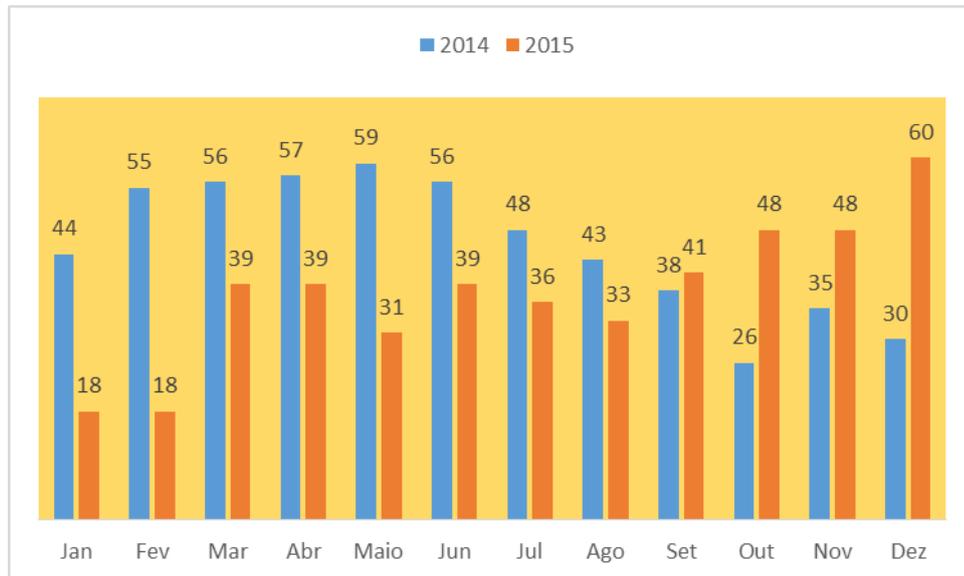
que segundo Winnicott (1990), é primordial, pois a identificação da mãe com o bebê favorece seu crescimento satisfatório (LOPES, 2012).

No decorrer do acompanhamento, em momentos informais de acolhimento, as terapeutas questionavam sobre o comportamento do bebê em casa, certificando-se de instruir às mães quanto a alguma conduta favorável a ser implementada para reforçar a evolução da atividade psicomotora da criança, como por exemplo, incentivar o posicionamento em decúbito ventral para fortalecer a musculatura do pescoço e dorso, preparando para o *sentar* e o *engatinhar*, oferecer oportunidades lúdicas com brinquedos sonoros interessantes; ou diversificar aos poucos a dieta em termos de textura e sabor, na fase de transição alimentar.

Outras propostas de intervenções a serem praticadas pelas mães incluem maneiras de carregar o bebê; manuseio adequado na hora do banho, propiciando o rolar para alcançar partes do corpo a serem higienizados; cantar e conversar com ele, valorizando os vínculos afetivos. Quanto aos brinquedos, estes devem partir dos moles (látex comum a texturizado) para os duros (borracha), oferecendo contrastes de cores e linhas e, preferencialmente, contendo faces, pois, segundo Lacan (2008), o rosto humano constitui objeto de interesse para a criança.

Desde 2015, o serviço vem passando por algumas alterações. O espaço físico permanece o mesmo, mas, com a chegada de outros profissionais oriundos do processo seletivo vigente da prefeitura, o serviço ampliou vagas para atendimento no turno da tarde. Os terapeutas anteriores se desligaram; e não há mais o profissional psicólogo. Também não há mais os grupos de mães para orientação coletiva. Novos terapeutas compõem a equipe; o serviço está se reestruturando. As avaliações estão sendo realizadas no último horário das manhãs de 11 às 11:45h. A equipe do turno da tarde ainda está incompleta, contando apenas com um terapeuta ocupacional e um fonoaudiólogo. Segue representação de número de crianças acompanhadas mensalmente nos anos de 2014 e 2015 (FIGURA 3).

**Figura 3 – Número crianças de risco de atraso no desenvolvimento infantil acompanhadas em 2014/2015 no SEP/ HDGMM, Fortaleza-Ceará-Brasil**



Fonte SEP/HDGMM/Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.

Na concepção da intervenção precoce recomenda-se que a criança seja recebida dos braços da mãe pela terapeuta ocupacional, sendo por esta despida e conduzida nas questões de percepção sensorial; daí seguida pela fisioterapeuta, para otimizar as funções relacionadas ao tônus muscular e a facilitação das atividades motoras; para então ser incentivada nos aspectos da motricidade oral pela fonoaudióloga, que também trabalha a possibilidade de introdução de dieta ou treino para a transição alimentar. Por fim, é a terapeuta ocupacional que recolhe a criança e a devolve a mãe, orientando a postura adequada de ser carregada nos braços.

Vale salientar que, em muitos momentos, durante o atendimento as três categorias de profissionais se convergem numa mesma abordagem, já que o princípio comum da intervenção precoce perpassa pela percepção sensório-motora. O ambiente é climatizado e as práticas são realizadas em colchonetes no chão, com o apoio de rolos, bolas e brinquedos. O brincar deve estar presente nas intervenções. Em se tratando de criança, é imprescindível o componente lúdico envolvido em todas as atividades propostas.

### 4.3 O ENCONTRO COM OS PARTICIPANTES

No momento da coleta de dados, o serviço oferecia vagas para atendimento de 30 bebês, no período da manhã, sendo que as 30 mães desses bebês compuseram a população estudada. A amostra que fez parte do estudo incluiu oito mães de crianças de ambos os sexos, com idade de 0 a 2 anos, e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor em decorrência de alguma faixa de prematuridade, tendo acompanhamento no SEP do HDGMM, independentemente de ter algum diagnóstico médico conclusivo ou não.

Os critérios de inclusão que orientaram a escolha das mães foram assim determinados: mães que acompanham seus filhos prematuros ao tratamento no SEP do Hospital Gonzaguinha de Messejana, sendo elas também responsáveis pelo cuidado domiciliar, e que estivessem inseridas no programa por um período mínimo de três meses. Referido lapso temporal justificou-se pela compreensão de que a mãe necessita de um período de adaptação para o adequado envolvimento e sensibilização na terapia. Não foi levado em consideração nenhum fator de gravidade para o atraso no desenvolvimento.

Os critérios de exclusão voltaram-se para os seguintes aspectos observados no decorrer do estudo: mães que apresentarem mais de três (03) faltas consecutivas a terapia, sem justificativa; as que seus filhos forem a óbito; as que abandonarem a terapia; e aquelas cujos filhos foram transferidos para outra instituição.

Foram entrevistadas oito (08) mães, visitadas em seus domicílios, no período de maio a julho de 2015, após expressarem seu aceite em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A definição do número final de mães entrevistadas foi determinada pelo critério de saturação teórica, que segundo Fontanela (2012) deve ser orientado pela percepção do pesquisador quanto à redundância dos discursos obtidos. A pesquisa qualitativa considera que o fechamento amostral pode se dar por saturação teórica, levando à suspensão da inclusão de mais participantes quando os dados

passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição (GLASER; STRAUSS, 1967; DENZIN; LINCOLN, 1994).

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

As mães participantes do estudo foram abordadas em seus domicílios, aplicando-se para tal a entrevista semiestruturada composta por duas questões norteadoras: *como está sendo para você a experiência de cuidar do seu filho no domicílio? Como você percebe o desenvolvimento de seu filho?* De acordo com Simioni (2010) a entrevista semiestruturada é útil quando há no questionário muitas perguntas abertas, que deverão ser respondidas nas palavras do entrevistado.

A aplicação de entrevista requer um tempo maior do que os questionários, mas tem a vantagem de ser mais flexível e gerar mais informações. O pesquisador deverá ter a habilidade de conduzir o processo de modo imparcial. Oliveira complementa que na entrevista semiestruturada “[...] são apresentados tópicos, ao invés de questões fechadas e permitem respostas subjetivas [...] O entrevistador segue um guia de questões, mas deve estar preparado para caso a entrevista mude de caminho” (2010, p. 25).

Destaque-se que as questões propostas não restringiram por si o conteúdo a ser explorado; o que se buscou foi o estabelecimento de uma relação empática e dialógica, na qual a pesquisadora se fez ouvinte atenta e sensível à disponibilidade materna em compartilhar sua intimidade. As visitas foram antecipadamente agendadas e tiveram duração média de uma hora e meia; as mães abriram as portas de domicílios simples com a disposição autêntica daqueles que desejam ajudar.

Mães jovens, muitas vezes lidando com a maternidade pela primeira vez; conciliando a própria imaturidade com a prematuridade do filho, foram reveladas como criaturas dotadas de uma capacidade intrínseca para lidar com situações inesperadas, que mesmo elas não sabendo que desfecho se daria, mostravam-se dispostas a seguir na busca de melhorias, complacentes quanto a limitações futuras.

Felizes, acima de tudo, por já se considerarem vitoriosas em estar em casa com seu filho tão frágil e indefeso.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, além dos benefícios e riscos que advindos da sua participação, tendo recebido esclarecimentos sobre os seus direitos, bem como da liberdade de desistir da sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou constrangimento. As visitas domiciliares foram agendadas de acordo com a disponibilidade das mães e tiveram a anuência para o uso do gravador. Para preservar as identidades das mães e das crianças foram-lhes atribuídas as siglas M e C, respectivamente. As entrevistas encontram-se na sua íntegra no apêndice F.

Além de ouvir, pretendeu-se observar aspectos da realidade domiciliar, considerando atitudes comportamentais típicas para descrever o cuidado materno com o filho prematuro em casa. Portanto, escolhemos a técnica de observação sistemática, que segundo Gil (2010) é ideal para estudos descritivos em que já se sabe quais aspectos se deseja observar para alcançar os objetivos pretendidos, além de oferecer uma riqueza de detalhes ao examinador.

Foram observados as rotinas familiares e o cuidado com a criança. A observação sistemática é uma coleta de dados estruturada, sendo possível a elaboração prévia de um roteiro de observação que defina as categorias de estudo a serem avaliadas, para que não haja distração com outras variáveis. Segundo Melendes e Alves (2014), o pesquisador deve evitar que suas crenças e julgamentos interfiram no processo, eliminando assim qualquer tipo de influência no que observa.

Para uma boa organização do conteúdo, os registros foram situados em quadros com listas esquematizadas de categorias assinaladas no decorrer da observação. Conforme Oliveira (2010, p. 23), “A observação é o instrumento que mais fornece detalhes ao pesquisador, por basear-se na descrição e para tanto utilizar-se de todos os cinco sentidos humanos”. É usada para fazer uma descrição estruturada de uma tarefa ou verificar hipóteses de causas para determinados fenômenos.

A partir da observação foi gerado um diário de campo com anotações das impressões e percepções sobre a estrutura física e dinâmica familiar, sempre com foco direcionado para estimulação da criança. O conteúdo resultante dessa observação auxiliou a pesquisadora na construção da compreensão da rotina familiar, além de possibilitar o reconhecimento de limitações e restrições vividas pelas mães participantes do estudo na implementação de estratégias favorecedoras da estimulação de seus filhos. Aproximar-se da realidade vivenciada na rotina de cada mãe trouxe a oportunidade para que se mostrem, servindo como suporte para compreensão da experiência materna.

#### 4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DISCURSOS

Para melhor análise das informações, a transcrição do material gravado foi feita logo após a entrevista, de modo a registrar as falas tais como ocorreram e serem considerados os gestos e expressões faciais na compreensão do seu significado.

Após a transcrição das falas iniciamos a organização dos discursos sob a orientação dos pressupostos da hermenêutica, favorecendo o desvelar dos significados contidos nas experiências maternas. Em um primeiro momento as transcrições foram lidas e re-lidas para que houvesse por parte das pesquisadoras a apropriação de conteúdos relevantes organizados em Unidades de Significado. Das oito entrevistas foram extraídos 219 recortes expressivos, sendo permitido designar 44 unidades de significado. Em momento posterior, as Unidades de Significado sofreram nova redução com o emergir de duas categorias temáticas, sintetizando as diversas falas que se convergiam numa mesma representação contextual, para revelar o significado do que representava a experiência materna no cuidado do filho prematuro. Todo o movimento de analítico empreendido é apresentado nos quadros a seguir de modo esquemático e sucinto; e se encontram na íntegra nos apêndices C e D.

**Quadro 1 – Síntese dos recortes e significados das falas maternas**

MÃE	RECORTE EXPRESSIVO	SIGNIFICADO
M1 (1)	Mas, é porque é muita coisa, não é? Ai é uma correria (pausa).	DIFICULDADE DE CONCILIAR AS TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DO FILHO
M1 (2)	[...] mas está dando tudo certo, graças a Deus. Eu estou vendo, assim, que ele está evoluindo muito rápido.	FÉ EM DEUS
	[...]	
M2 (35)	[...] eu não tenho ideia de como fazer, qual a melhor maneira para não prejudicar os ossinhos dela [...], entendeu?	MEDO DE NÃO SABER CUIDAR
	[...]	
M6 (107)	Eu quis engravidar cedo. Eu tinha curiosidade de saber o que é mãe, saber como é ser mãe.	VONTADE DE SER MÃE
	[...]	
M6 (116)	Para ajudar dentro de casa, comprar as coisas para ela (pausa), depender de mim mesma.	DESEJO MATERNO DE AUTONOMIA
	[...]	
M8 (219)	Sempre eles me trataram bem, tanto eu quanto ela, não vi nada de errado lá.	SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO NO HOSPITAL

FONTE: Elaborado pela autora. Fortaleza-Ceará, 2015

**Quadro 2 – Síntese dos recortes e unidades de significados**

RECORTES EXPRESSIVOS	UNIDADES DE SIGNIFICADOS
M6 (107, 108, 109)	I- VONTADE DE SER MÃE
M3 (66); M8 (182, 183, 184, 198)	II- ZÉLO COM O FILHO PREMATURO
[...]	[...]
M1 (7, 18); M2 (21); M3 (46, 47, 74, 76); M5 (87); M6 (122, 123); M7 (129, 131, 148, 155); M8 (215)	XIII- SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
[...]	[...]
M2 (37); M3 (53); M4 (82); M7 (158); M8 (176, 179, 186, 191, 196)	XVIII- ORIENTAÇÃO RECEBIDA NO SEP PARA ESTIMULAÇÃO NO DOMICÍLIO
[...]	[...]
M2 (35); M3 (48, 49, 50, 51); M5 (96); M7 (135)	XXVII- MEDO DE NÃO SABER CUIDAR
[...]	[...]
M2 (30, 32); M4 (83); M6 (98, 99, 100, 118, 119, 120); M8 (177, 178)	XXXV- DIFICULDADE DA CRIANÇA EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M2 (20, 29); M3 (71, 72); M5 (91); M7 (153, 154); M8 (197, 210)	XXXIX- PRÁTICA DE ESTIMULAÇÃO EM CASA
[...]	[...]
M4 (78); M6 (115); M8 (171, 173, 181, 193, 202, 203)	XLIII- AJUDA DE FAMILIARES
M1 (2), M3 (70), M5(95); M7 (146)	XLIV- FÉ EM DEUS

FONTE: Elaborado pela autora. Fortaleza-Ceará, 2015

As categorias temáticas foram interpretadas, subsidiadas por autores cuja produção favoreceu a compreensão pretendida. Segue abaixo a representação gráfica das categorias temáticas a partir das 44 Unidades de Significado.

### Quadro 3 – Síntese das unidades de significado em categorias temáticas

UNIDADE DE SIGNIFICADO	REDUÇÃO I	REDUÇÃO II	REDUÇÃO III
Vontade de ser mãe	CAPACIDADE MATERNA DE CUIDAR	CAPACIDADE MATERNA NA ESIMULAÇÃO EM DOMICÍLIO	EXPERIÊNCIA MATERNA NA ESIMULAÇÃO EM DOMICÍLIO
Zelo com o filho prematuro			
Segurança materna de cuidar			
Persistência na procura por acompanhamento			
Compromisso com a terapia do SEP			
Responsabilidade materna	SENTIMENTOS MATERNOS CONFLITANTES		
Medo de não saber cuidar			
Dúvidas ao realizar o exercício em casa			
Restrição materna da vida pessoal			
Desejo materno de autonomia	DIFICULDADES EXPERIMENTADAS PELA MÃE		
Dificuldade de vaga no serviço hospitalar			
Dificuldade de ir para a terapia			
Dificuldade em cuidar do filho sozinha			
Dificuldade de conciliar as tarefas domésticas e cuidar do filho			
Dificuldade da criança em colaborar com a estimulação em casa	ASPECTOS RELACIONADOS À ESTIMULAÇÃO NO DOMICÍLIO		
Dificuldade financeira			
Limitação na estimulação domiciliar por carência de recursos materiais			
Estimulação precária realizada em casa	SENTIMENTOS MATERNOS EM RELAÇÃO AO FILHO PREMATURO	SENTIMENTOS MATERNOS SOBRE A ESTIMULAÇÃO DO FILHO PREMATURO	PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A ESIMULAÇÃO DO FILHO PREMATURO
Prática de estimulação em casa			
Interesse em colaborar com a estimulação em casa			
Preocupação com a formação do filho prematuro			
Proteção das limitações do filho prematuro			
Apego entre mãe e filho prematuro			
Percepção de progresso no desenvolvimento do filho prematuro			
Orgulho do filho prematuro			
Satisfação com a evolução do desenvolvimento do filho prematuro			
Superproteção do filho prematuro			
Percepção das limitações do filho prematuro	SENTIMENTOS MATERNOS POSITIVOS SOBRE O SEGUIMENTO HOSPITALAR		
Expectativa de bom desenvolvimento do filho prematuro			
Interesse em assistir a estimulação realizada no SEP			
Orientação recebida no SEP para estimulação no domicílio			
Gratidão aos profissionais do SEP			
Satisfação com o atendimento no hospital	SENTIMENTOS MATERNOS NEGATIVOS SOBRE O SEP		
Satisfação com o SEP			
Vínculo do filho prematuro com os profissionais do SEP			
Preconceito com a estimulação			
Exclusão materna da estimulação			
Frustração materna com a estimulação	ASPECTOS RELACIONADOS À FAMÍLIA	APOIO FAMILIAR E RELIGIOSO	
Frustração materna com a estimulação			
Falha na interação dos profissionais do SEP com a mãe	FÉ EM DEUS		
Participação paterna na estimulação em casa			
Frágil vínculo paterno com o filho prematuro			
Ajuda de familiares			
Fé em Deus			

FONTE: Elaborado pela autora. Fortaleza-Ceará, 2015.

#### 4.6 QUESTÕES ÉTICAS

O desenvolvimento da pesquisa no ambiente de trabalho foi autorizado pela direção da instituição e seguiu os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Ministério da Saúde que rege os princípios das pesquisas envolvendo seres humanos, que são: respeito ao anonimato e sigilo dos participantes do estudo (BRASIL, 2012). Foi garantida a autonomia dos sujeitos, a não maleficência e a beneficência da pesquisa, preconizadas na mesma resolução. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) em 24/03/2015 e teve seu parecer favorável, sob o número 1040362 (ANEXO C). As informações obtidas só foram utilizadas no âmbito do estudo.

***A APROXIMAÇÃO COM A  
EXPERIÊNCIA MATERNA***

---

## 5 A APROXIMAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA MATERNA

### 5.1 EXPERIÊNCIA MATERNA NA ESTIMULAÇÃO EM DOMICÍLIO

O desejo materno é inerente ao gênero feminino e está relacionado à sua identidade de *ser reprodutivo*. A maternidade pode acontecer de forma programada ou não. Quando, além do parto antecipado, a maternidade é precoce, a mãe se vê obrigada a amadurecer também prematuramente neste novo terreno; e muitas vezes sente-se deslocada do grupo a que pertence. O relato dessas duas mães adolescentes demonstra sua consciência quanto aos fatos:

Eu quis engravidar cedo. Eu tinha curiosidade de saber o que é mãe, saber como é ser mãe M6 (107).

A pessoa, querendo ou não, tem que criar responsabilidade bem antes do que as minhas outras amigas, ter mais maturidade [...] M8 (205).

Quatro das oito mães entrevistadas neste estudo era adolescente e se mostrou ciente de que tiveram que assumir novas funções com a responsabilidade materna. Pesquisadores confirmam esse amadurecimento ao afirmarem que ser mãe de um filho prematuro requer o aprendizado de habilidades específicas, “[...] resultando em maior senso de responsabilidade” (SOUZA; ARAÚJO, COSTA, 2010, p. 163).

Durante o período gestacional até a chegada do bebê, aos poucos, estas jovens mães se preparam, tornando-se capacitadas para assumir as responsabilidades maternas. Dessa maneira, ser mãe torna-se uma evolução natural da passagem de menina para mulher na ascensão para uma nova posição na sociedade.

Ter um filho na adolescência pode ser valorizado a ponto de constituir-se em uma opção de vida para algumas jovens, na medida em que a maternidade lhes proporciona ascensão e status social. Observa-se que nas camadas sociais menos privilegiadas, o desejo de ser mãe pode representar o sucesso para a adolescente na procura de sua identidade social, associando-se a possibilidade de abstrair-se de

um contexto sócio afetivo desfavorável para lançar-se em um projeto que dê um novo sentido a sua vida (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Outro estudo corrobora com esses autores, ao falar sobre a incidência da gravidez na adolescência em classes sociais menos favorecidas, atestando também que “O atributo de ser mãe, [...], pode representar o preenchimento de uma lacuna do processo de construção da identidade da adolescente e, também, o delineamento de uma possibilidade no projeto de vida” (GUEDES, 2015, p. 20).

Há estudos que evidenciam que a gravidez pode provocar o aumento da autoestima, orgulho e felicidade da adolescente em relação a si por ocasião do nascimento do filho, trazendo sentimentos positivos vinculados à criança e ao exercício da maternidade (PATIAS *et al.*, 2013). Algumas pesquisas na área da psicologia sobre a gravidez na adolescência, relatam que o evento pode se dar tanto por um impulso biológico que testa a feminilidade e capacidade reprodutiva, como também como um desejo individual de exercer a maternidade, algumas vezes com o objetivo inconsciente de suprir uma carência afetiva familiar experienciada no passado (DADOORIAN, 2003; SOUZA; NÓBREGA; COUTINHO, 2012).

Relações familiares vivenciadas de forma não satisfatória podem dar origem a uma necessidade de resignificação da função materna. Nesses casos, uma união estável e o episódio da gestação podem surgir como uma oportunidade de estabelecer vínculos afetivos reparadores. Algumas das mães visitadas tinham se afastado cedo de seus lares em cidades interioranas, passando a residir com outros familiares na capital ou por ter casado cedo. Também há casos de pais separados e filhos divididos, ou morte materna.

É comum o episódio de gravidez em diferentes faixas etárias, e mesmo quando não programada não significa que a notícia da gestação não traga alegria ao casal e que o filho não seja desejado. Contudo “Compreende-se que a espera de um filho saudável e nascido no tempo apropriado é completamente diferente da realidade de ter um filho que nasce antes do tempo e que necessita de cuidados especiais” (BOTELHO *et al.*, 2012, p. 933).

A maternidade surge na vida de uma mulher trazendo expectativas em relação ao bebê para toda a família. Enquanto esperam um filho idealizado como perfeito, imagens mentais de como este seria vão se instalando. Quando nasce prematuramente, este filho pode não corresponder ao desejado. Nessa hora, a mãe enfrenta algumas dores ao lidar com a perda do filho que não veio, ao mesmo tempo em que se defronta com uma realidade inusitada.

Em decorrência disso, emergem sentimentos diversos de tristeza e frustração, além do sofrimento emocional experimentado pelo risco de vida a que esse bebê esteve exposto sob cuidados intensivos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo). Quando uma jovem adolescente idealiza engravidar cedo e a realidade do parto prematuro não corresponde ao sonho de um filho ideal, tal fato propicia o surgimento de sentimentos negativos, que podem afetar sua autoestima em relação a sua capacidade de ser mulher e feminilidade. Duas mães comentaram a respeito:

Ficava insegura todo o tempo [...] M3 (51).

[...] O ruim é que eu não posso mais ser mãe. Porque eu tive eclampsia, tive que tirar ela às pressas, aí ela nasceu com risco de vida M6 (109).

Este último pronunciamento também expressa a vontade de ser mãe desta jovem, realizada pela chegada do bebê, que significa seu bem mais valioso, preenchendo prováveis lacunas emocionais e ainda o lamento por estar impedida de prosseguir na carreira da maternagem idealizada como um sonho para ela. De fato, Guedes (2015), em sua pesquisa, encontrou paradoxos de que algumas jovens consideram inoportuna uma gravidez precoce enquanto outras a desejavam muito. Ambas enfrentam dissabores no período em que seu filho se encontra hospitalizado por ocasião de um parto prematuro.

Mães de filhos prematuros, adolescentes ou não, devem ser orientadas e capacitadas, desde o ambiente hospitalar, durante internação na UTINeo, para o cuidado domiciliar, tendo em vista as experiências relatadas em estudos de representações sociais, em que as mães ressaltaram a importância de serem orientadas e capacitadas durante o período de hospitalização para contribuição sobre os cuidados no ambiente domiciliar; reforçados pela ideia de que a promoção

do cuidado domiciliar deve iniciar com ações educativas esclarecedoras durante a internação (BOTELHO *et al.*, 2012; TRONCO, *et al.*, 2010). Nota-se satisfação e confiança nas falas das mães que receberam atenção no hospital:

É bom, eu gosto muito de lá. A gente é bem recebida M1 (11).

As meninas, as enfermeiras de lá de dentro, conversam com a gente M1 (14).

[...] o Dr. André disse que ela está ótima [...] M3 (73).

Sempre eles me trataram bem, [...] não vi nada de errado lá M8 (219).

Enquanto o bebê está hospitalizado, a genitora não participa ativamente dos seus cuidados. Nem tão pouco está preparada para tal, permanecendo na expectativa de notícias trazidas pela equipe de saúde. Ultrapassada a difícil fase na UTINeo, faz-se sensível compreender que a mãe carrega consigo a responsabilidade de conduzir o filho prematuro na perspectiva de uma boa evolução do seu desenvolvimento psicomotor.

Passado o período crítico de internação, e quando seus bebês já se encontram estabilizados em casa, pode-se constatar, na atual pesquisa, imensa alegria e entusiasmo por parte das jovens mães entrevistadas, ao se referirem ao momento ímpar que vivenciam, apesar de algumas dificuldades relatadas. Observa-se que, independente do estado emocional dessas mães, quando estas tomam consciência que caberá a elas o cuidado e a responsabilidade absoluta sobre aquele bebê, assumem esse cuidado, mesmo que reconheçam suas limitações. As mães participantes deste estudo manifestam a turbulência emocional advinda da chegada do filho prematuro:

[...] porque eu peguei o transtorno de ansiedade, aí eu me senti insegura, como se fosse mãe de primeira viagem [...] M3 (49).

O sentimento mais percebido entre as puérperas era o de ansiedade. “O intenso sofrimento psíquico vivenciado durante os momentos iniciais de hospitalização, que ameaça em alguns momentos a vida do filho, pode favorecer o surgimento de quadros depressivos, estados de ansiedade ou fobias” (ANJOS *et al.*, 2012, p. 572).

A alegria e o entusiasmo da expectativa de alta da UTINeo associam-se aos sentimentos de insegurança e medo de cuidar sozinha do filho, em casa, sem a orientação dos profissionais de saúde. Estudos comprovam que a maioria das mulheres se sentia insegurança e tinha dúvida sobre a sua aptidão para realizar os cuidados diários do filho no domicílio (SIQUEIRA; DIAS, 2011). Buscou-se captar por meio das falas das mães qual a sua percepção sobre a estimulação do filho prematuro no domicílio:

[...] só que a gente é que não tem ideia, pelo menos eu, mãe de primeira viagem (de como fazer os exercícios) M2 (34).

Só estímulo assim (pausa), converso, não é? "neném"(pausa), falo um bocado de coisas, brinco com ela (pausa). M5 (91).

A gente botava uns brinquedinhos perto e deixava ela *deitadinha* de barriga para baixo M8 (197).

Ao retornar para o domicílio, aos poucos a mãe percebe o maior nível de complexidade dos cuidados exigidos pelo filho prematuro e toma para si esse compromisso. Quase sempre vai encontrar dificuldade na colaboração do menor. Dessa forma, assumir sozinha a responsabilidade sobre os cuidados de seu filho pode apresentar-se como um desafio (SOUZA; LEAL; SÁ, 2010). É o que se pode apreender nos discursos maternos:

[...] não tem ninguém aqui (para ajudar), é só nós dois, não é? M1 (16).

Quando ela trava, ela não quer fazer mais nenhum posicionamento M2 (32).

Ela grita, ela chora, ela se esberra, ela se joga no chão, não quer ficar no chão de jeito nenhum M6 (99).

Era difícil porque algumas coisas ela não aceitava, ela não gostava, ela chorava (pausa) M8 (177).

Para as mães do estudo, percebe-se que era claro a certeza de que seu filho necessitava de uma maior atenção para adquirir uma boa evolução de seu desenvolvimento. Sob o estigma da prematuridade, os “Recém-nascidos prematuros trazem consigo o emblema da fragilidade, da necessidade de cuidados especiais e de mecanismos de proteção diferenciados” (ANJOS *et al.*, 2012, p. 573).

Repetidamente, estudos apontam que as famílias e principalmente as mães experimentam sentimentos diversos em relação ao recém-nascido prematuro

devido às suas condições de vulnerabilidade biológica. Justifica-se “[...] que um ser tão frágil e pequeno faz com que essas mães tenham, com frequência, certo temor ao cuidar de um bebê nessas condições, tornando-se, assim, aflitas e inseguras, por um período” (BOTELHO *et al.*, 2012, p. 932).

Nas observações realizadas durante as visitas domiciliares desta pesquisa, pode-se notar que toda a atenção prestada ao menor, era norteada por muito amor, paciência e carinho, demonstrando que essa dedicação estaria ajudando a fortalecer o vínculo afetivo mãe-filho. Mesmo diante de poucos recursos materiais, a precariedade dos lares não era empecilho para a adequação de condições para a estimulação do bebê.

E, toda atenção era voltada para o filho prematuro, na busca por fazer o que estivesse ao seu alcance para proporcionar o seu desenvolvimento saudável. As mães enfrentam sentimentos próprios de cobrança e vigilância, onde demonstram o receio de cuidar de uma criança com particularidades tão especiais (BOTELHO *et al.*, 2012). Em suas manifestações, as mães estão sempre a comentar seus receios:

[...] eu não tenho ideia de como fazer, qual a melhor maneira para não prejudicar os ossinhos dela [...] entendeu? M2 (35).

Assim, com medo de fazer alguma coisa errada, sabe? M3 (50).

[...] eu não boto ela assim no chão porque ela não senta firme ainda M7 (136).

Porque ela era prematura e sempre tinha a questão de ter mais cuidado M8 (183).

Ao falar de seus receios em relação ao desconhecido representado pela prematuridade, estas mães não se sentem desmotivadas. Alimentadas por otimismo, empreendem atitudes intuitivas quanto às necessidades de cuidados diferenciados a serem implantados. Mediante as diversas dificuldades, o sentido valorizado pelas mães entrevistadas era sempre “seguir em frente”, otimistas, fazer a sua parte, colaborando com a equipe hospitalar. Dessa forma, idealizando o futuro do filho, mobilizam-se em casa, desde que tomam a consciência que é a sua principal responsável e que ele necessita de uma dedicação especial. As mães deste estudo mostraram preocupação e empenho em colaborar com o processo de evolução do filho:

Eu já comecei a botar ela no chão M2 (20).

Eu faço de tudo para não chegar mais atrasada [...] M3 (63).

Tudo que elas pedem para mim fazer, se eu tiver condição, eu faço M6 (126).

[...] eu fico lutando para ela sentar M7 (154).

É consenso que as primeiras experiências maternas no domicílio surgem permeadas de preocupação e expectativas por uma boa evolução do desenvolvimento do prematuro. “As mães associam o prematuro a uma criança frágil, susceptível a intercorrências devido ao tamanho” (FROTA, 2011, p. 281). O medo de não saber cuidar do filho pequenino e as dúvidas quanto às orientações dos profissionais de saúde se manifestam assim:

Eu não tenho, assim, a noção de saber qual o movimento certo [...] M2 (36).

Eu tinha medo, medo dela se engasgar, medo de tudo [...] até medo de dar as medicações dela, eu tinha [...] M7 (135).

Nos desabafos da conversa informal durante as visitas aos lares, os relatos indicavam que essas mães passaram por momentos inesperados de uma dimensão inimaginável para elas, devido ao pouco conhecimento sobre os aspectos significantes de um problemático parto prematuro e suas consequências, experimentando a turbulência dos acontecimentos nos seus mínimos detalhes. Mesmo diante do fato e das perturbações e temores mencionados por elas, essas mães demonstraram estarem se saindo muito bem, desempenhando seus papéis com magnitude.

É verdade que estudos que analisam a percepção materna sobre vivência e aprendizado do cuidado de um bebê prematuro revelam que as mães “[...] dia após dia foram se adaptando à rotina dos cuidados necessários ao bebê, vencendo então o despreparo e o medo [...]” (SIQUEIRA; DIAS, 2011, p. 33), sentindo-se mais capacitadas para desempenhar as funções maternas.

O negócio não é que elas façam algo difícil [...] tudo que elas fazem são coisas comuns (os exercícios na terapia) M2 (33).

E realmente eu estou começando a ver que já me ensinou muita coisa [...] M3 (44).

Aí agora eu estou mais à vontade [...] M3 (52).

As falas supracitadas demonstram que aos poucos, sob a orientação de especialistas e com a prática domiciliar, as mães adquirem mais confiança na sua aptidão em lidar com as dificuldades e necessidades do filho. Inseridas na terapia do SEP com frequência de duas vezes por semana, as mães começam a se familiarizar com as orientações de estimulação, adaptando-as em sua rotina e envolvendo-se com as profissionais de forma a assimilar com naturalidade alguns termos técnicos ao ponto de pronunciá-los em suas falas. Sem deter conhecimentos teóricos de aspectos da prática da Estimulação de prematuros, as mães utilizam os meios de que dispõe para realizar alguns exercícios em casa.

Vivenciar a rotina de cuidar do filho em casa é um segundo momento na trajetória dessas mães, que atravessaram a inquietação de sentimentos enquanto seu bebê permanecia em risco na UTINeo. Momento esse muito aguardado por toda a família, que ainda busca se ajustar a circunstância em que está envolvida. E “após superar a convivência com os dias difíceis de hospitalização e vivenciar a vinda e o cuidado do bebê no domicílio, a família adquire uma nova forma de interagir com a situação de prematuridade” (COSTA *et al.*, 2009, p. 747).

Enfrentando a sequência dos acontecimentos, “A família busca adaptar-se a uma nova realidade [...]. Essa situação envolve sentimento de vulnerabilidade e também um reajuste emocional que requer tempo” (BARBOSA; BALIEIRO, PETTENGILL, 2012, p. 195). Ficou claro que “para uma mãe realizar esse cuidado ela acaba passando por diversas dificuldades, por sentimentos negativos e positivos [...]” (BOTELHO *et al.*, 2012, p. 934). No que concerne ao período inicial de adaptação em casa, as mães participantes deste estudo expressam diferentes sentimentos, tal como se pode observar nas falas transcritas:

[...] ai, meu Deus, será que eu vou conseguir? M3 (48).

Ela está reagindo bem, não é?! M5 (87).

É bom, é muito bom. [...] Mas é bom M8 (207).

É estressante, às vezes [...] M8 (208).

Observa-se sentimentos paradoxais envolvidos nesta nova perspectiva a ser enfrentada conjugalmente. Alegria e entusiasmo, com a saída do período crítico de internação hospitalar, são associados a medo e ansiedade ao assumir a

responsabilidade de cuidar do filho prematuro. É notório que quando a maternidade traz um parto prematuro, acarreta repercussões emocionais significativas para a mãe. Independente de gravidezes anteriores, as mães participantes deste estudo comentam sobre alguma dificuldade no cuidado com o filho prematuro no domicílio:

[...] eu tento fazer do jeito que elas pedem, mas é muita coisa, não é? M1 (4).

Era para ter uma cadeira de plástico assim para ficar da altura dele, para ele começar a andar [...] M1 (9).

[...] não tem aquela coisa do horário, tipo: são 9h, está na hora de fazer a estimulação dela. É difícil ter isso, por causa da correria M2 (28).

Tipo assim, botar a barriga para baixo, ela não gostava muito [...] M8 (178).

No estudo de Soares *et al.* (2010) sobre o cuidado do prematuro extremo no domicílio, mães que já tinham tido outros filhos consideraram esta experiência anterior como sendo um elemento facilitador do cuidado do filho prematuro. Esse fato não foi observado no presente estudo, assim como na pesquisa de Tronco *et al.* (2010), que obtiveram relatos de mães que alegaram dificuldades nos cuidados do filho pré-termo, mesmo já tendo tido experiência materna prévia.

Outro aspecto que interfere na qualidade do cuidado é a participação paterna ou a ajuda de colaboradores. Neste momento é de grande valor para a genitora a ajuda da família. Anjos (2012) aponta como aspecto desejável neste momento “o estabelecimento de redes de apoio familiar e social” (p. 572).

Poder dividir com familiares as alegrias e também as dificuldades advindas da chegada do mais novo membro ao domicílio, é, no mínimo, confortante. A rotina torna-se mais leve quando não se está só. Nos desabafos coletados nesta pesquisa, as mães sentiam-se aliviadas em contar com a mínima colaboração de um familiar próximo, com atitudes de entretenimento do filho para que elas pudessem se ocupar das demais tarefas domésticas. É o que declaram as entrevistadas em seus comentários:

Mais ou menos, (risos). É ela que me ajuda (apontando para a cunhada). M4 (78).

[...] ou então a avó dela fica com ela M6 (115).

Às vezes meu irmão desce, fica brincando com ela (pausa) M6 (121).

É, quem cuida mais dela, assim, é a minha mãe, que ela não sai mais M8 (181).

A minha mãe estava em casa, ela me ajudava M8 (193).

Muitas pesquisas confirmam que mães que não contam com o apoio da família ficam sobrecarregadas, sentindo-se desamparadas e mais inseguras (SILVA; ENDERS; MENESES, 2012; COSTA *et al.*, 2009) Entre as dificuldades no cuidado no domicílio, Soares *et al.* (2010) declararam que vários fatores contribuem para o cansaço materno, entre eles a falta de amparo paterno, ocasionando também uma sobrecarga emocional. Os estudiosos acreditam que quando a união do casal não constitui uma relação sólida, a falta de apoio para o cuidado e amparo afetivo do cônjuge constitui um fator agravante de cansaço e estresse. Além de colaborar com os cuidados diários, esse amparo contribui “para a manutenção do equilíbrio emocional da puérpera, que se apresenta fragilizada [...]” (FROTA, 2011, p. 281).

Historicamente, o homem foi menos preparado para assumir a responsabilidade de cuidar do filho. Enquanto a mente feminina esteve sempre ligada aos desejos de maternidade desde a infância, cuidando das bonecas nas brincadeiras de menina; o homem tinha outros focos menos românticos e mais machistas. Quando se casam, “É perceptível, a pouca ou nenhuma participação dos homens relatada pelas mulheres no processo de planejamento familiar” (DOURADO; PELLOSO, 2007, p. 72).

Atualmente, os homens estão mais presentes nas atividades do núcleo familiar. Quando o pai participa dos cuidados com o filho, nota-se uma grande satisfação por parte da genitora em compartilhar com o cônjuge essa alegria de curtir o bebê. É com um largo sorriso no rosto que essa mãe narra vantagens da participação paterna:

É apegadinho a ela, conversa é muito com ela M5 (90).

Ele brinca com ela, ele sai para passear (PAUSA). Aqui, acolá ele troca uma fralda M6 (111).

Perante os pronunciamentos acima, algumas mães confirmam o envolvimento do cônjuge com as atribuições da paternidade. Mas, mesmo que a

mãe tenha alguma ajuda do marido ou de pessoas próximas, “o cuidado é exercido quase que exclusivamente por ela, reforçando a ideia de que cuidar de crianças é uma tarefa unicamente feminina” (SILVA; ENDERS; MENESES, 2012, p. 33). Sendo ela a principal cuidadora, acaba por ficar sobrecarregada. Observa-se isso em decorrência da ausência de um apoio consistente da família, em virtude da ausência do pai ou da presença de outro filho pequeno. Ou ainda por seus familiares morarem distante ou a avó trabalhar fora (COSTA *et al.*, 2009).

[...] é que eu sou sozinha. Minha família mora no interior M1 (13).

[...] aí quando ela dorme, eu vou para outra [...] M5 (89).

O pai dela não mora com a gente, não. Mas tem contato. Ele sempre vem aqui em casa. Dia de domingo ele leva ela para passar o dia com ele M8 (199).

Além da família, é de se esperar que “as crenças e práticas religiosas sejam importantes auxiliares para o enfrentamento e dos questionamentos, quase sempre não explícitos, sobre o viver e o morrer” (ANJOS *et al.*, 2012, p. 576). As mães se apegam na sua fé para alimentar pensamentos positivos que as ajudam a vencer o temor das incertezas do futuro do filho.

Em momentos de sofrimento, contar com o suporte de alguma fé configura uma estratégia protetora de lidar com uma situação difícil. Para muitos “[...] crer em um Ser Superior com poder para resolver os problemas ameniza a situação, já que seus medos, angústias e incertezas são divididas com Ele” (BOUSSO; SERAFIM; MISKO, 2010, p. 15).

[...] mas está dando tudo certo, graças a Deus. Eu estou vendo, assim, que ele está evoluindo muito rápido M1 (2).

[...] graças a Deus eu tive sorte, desde o começo, o atendimento lá (pausa) eu tive sorte M3 (70).

Porque era assim que Deus tinha planejado, para mim ter ela assim M7 (146).

Atribuir ao Divino a ocorrência da prematuridade era como admitir que independentemente de qualquer outra coisa, seria inevitável passar pelo que passaram, era o destino que Deus havia reservado para elas. As mães encontram consolo em contar com Ele para o enfrentamento das dificuldades e superação de

obstáculos. O mesmo Deus que impõe Sua vontade determinando a vinda do bebê prematuro era também AQUELE que também assegurava sorte e prosperidade.

Mesmo aceitando a condição da prematuridade, as mães não se paralisam, pois compreendem que necessitam sair em busca de ajuda para seu bebê. Por vezes, essa busca pode ser exaustiva, mas ela não desiste, porque desistir seria abandonar seu filho.

Quando a discussão é voltada para o apoio técnico, as políticas públicas de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso estabelecem normas de proteção para o bebê e orientações para a família. “A atuação começa numa fase prévia ao nascimento de um bebê pré-termo e/ou de baixo peso, com a identificação das gestantes com risco desse acontecimento” (BRASIL, 2014). O programa inclui a capacitação de equipe multiprofissional no Método Canguru, além da implementação de unidades de referências nas diversas maternidades do país.

Diante disso, os bebês de risco são encaminhados ao serviço especializado de Estimulação Precoce para dar seguimento ambulatorial. As unidades da rede pública de Fortaleza que oferecem esse serviço ainda são em número restrito, sendo considerados referências o Núcleo de Atenção Materno Infantil (NAMI), da UNIFOR e o Núcleo de tratamento e Estimulação Precoce da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (NUTEP). Por vezes, como o SEP/HDGMM é um setor de estrutura pequena que só acompanha os bebês oriundos da sua unidade, pode ocorrer uma primeira dificuldade na busca de uma vaga, ao enfrentar uma pequena fila de espera, assim denunciada nas falas destas mães, persistentes nesta busca:

Fazia tempo que eu estava na fila de espera. Procurava num canto e noutro, e não achava. M6 (102).

[...] eu andei em vários cantos atrás do acompanhamento dela, e eu não conseguia M7 (163).

Após conseguir a vaga, e uma vez estando acolhida em um ambiente especializado, as mães dedicadas se empenham em fazer a sua parte. E, tendo em vista o caráter de urgência desse seguimento, elas compreendem que é também fundamental o seu envolvimento no processo de recuperação do seu filho para que

os resultados sejam satisfatórios. Demonstrando sentimentos de esperança e interesse na terapia, reafirmam seu compromisso de forma determinada:

Mas eu vou fazer de tudo que eu puder pela minha filha M3 (43).

Ficar indo para lá, fazer a estimulação. Fazer o que elas mandam fazer em casa M4 (84).

[...] se estiver chovendo, alguma coisa assim, aí se tiver com dinheiro, a gente pede um carro M7 (140).

Por mais que tenham interesse em colaborar, algumas vezes, por falta de assimilação dos significados, a estimulação em casa não acontece a contento e o desenvolvimento da criança é conduzido sem um direcionamento adequado. Pode ocorrer também limitações pela carência de recursos materiais, como demonstraram algumas mães:

Era para mim tentar mais colocar ele numa cadeira para comer, mas eu só tenho essa cadeira aqui (pausa) M1 (8).

Só falo com ela, boto ela no braço; fico falando com ela (pausa) M4 (80).

Eu boto ela mesmo mais é na cama M7 (137).

Ainda assim, felizmente, durante as visitas domiciliares realizadas neste estudo foi possível observar demonstrações de amor, carinho e muita dedicação no cuidado materno. Era ela, a mãe, que assumia toda a responsabilidade sobre o filho, contando com a mínima participação de familiares. E, graças a essa boa vontade, na maioria das vezes as investidas de chamar a atenção do filho eram na proporção certa, otimizando o seu desenvolvimento:

Sempre que eu ia comer, eu sentava ela na mesa com o pai dela, para gente comer junto e incentivar ela M3 (71).

É ajudar mesmo no movimento, porque como ela vai fazer 10 meses, ela não senta direito M7 (153).

[...] eu acho que, botando assim, sempre mostrando as coisas para ela, as coisas novas [...] M8 (210).

Em um estudo comparativo da análise do desempenho motor de crianças prematuras com padrões de normalidade, Lopes e Duarte (2011) concluíram que a prematuridade constitui um risco para déficits no desenvolvimento global da criança. No referido estudo, a discussão aborda o papel da família como mediadora do

desenvolvimento, tendo em vista que este depende de fatores biomédicos e ambientais. Considerando que a criança pode estar apta a reagir diante de estímulos oferecidos adequadamente, os pesquisadores lembram que na ausência destes estímulos, este potencial pode permanecer em estado de latência (LOPES; DUARTE, 2011).

Buscando contribuir com essa estimulação e atingir avanços nas etapas do desenvolvimento global, as iniciativas maternas são regadas de muito amor e dedicação de tempo para o bebê, buscando compensar qualquer carência material. Dividida entre as atividades domésticas e a maternidade, as mães se desdobram no acolhimento do filho, empenhando-se ao máximo para colaborar com a estimulação indicada pela equipe hospitalar, mesmo não deixando de enfrentar dificuldades comuns apontadas entre estas locuções:

Ela fica assim uns cinco minutinhos, mas quando ela vê que começa a puxar um pouco do esforço dela, ela começa a rejeitar M2 (30).

[...] ela não fica sentadinha assim no chão. No chão ela não quer ficar M6 (118).

No cuidado domiciliar, muitas mães “Dão mostras de desesperança, desânimo e cansaço na jornada com a criança [...]” (BARBOSA; BALIEIRO, PETTENGILL, 2012). Em meio as atividades domésticas, as mesmas se veem sobrecarregadas com o cuidar sozinha do filho, enfrentando angústias e dificuldades diversas, como mencionam constantemente:

Mas, é porque é muita coisa, não é? Aí é uma correria. [...] M1 (1).

[...] o que é dificultoso é a questão da correria do dia a dia M2 (27).

[...] mas não quero que nada impeça eu cuidar da V M3 (65).

Apesar de estarem sobrecarregadas, ao conviver com o recém-nascido, as mães sentem-se recompensadas por tê-lo consigo, com a retribuição de cada olhar contactante cada sorriso correspondente, referindo um grande prazer a cada conquista. “Isso faz com que o trabalho de cuidar do filho prematuro seja atenuado” (COSTA *et al.*, 2009, p.746).

Porém todo o tempo dedicado aos cuidados do filho comprometia o espaço livre que a mãe possuía antes da maternidade, e que podia dedicar-se a si própria. O fato de perceber a sua ênfase na vida do pequeno e frágil ser que agora ocupava lugar de destaque na sua vida, provoca restrição na sua rotina pessoal e sentimentos conflitantes se afloram:

Pelo um lado é bom, pelo um lado é ruim (risos). O lado ruim é que você não tem liberdade para sair, não pode sair para nenhum canto M6 (105).

É difícil, é complicado. Porque, querendo ou não, prende muito M8 (201).

O fato de se sentirem presas traduz limitações não somente para a liberdade de saírem, mas também de assumirem um trabalho que lhes tragam independência financeira e recursos próprios. Com as novas responsabilidades assumidas pelo casal após a chegada do novo membro, o orçamento familiar torna-se comprometido. Para amenizar a situação, as mães percebem uma maior necessidade de trabalhar para colaborarem com as despesas:

Eu quero trabalhar [...]. Eu quero unir o útil ao agradável. Porque eu quero ajudar meu marido, [...] M3 (64).

Eu quero (trabalhar)! Quando ela tiver maiorzinha, né?! M4 (79).

Se der para eu trabalhar, eu vou trabalhar M6 (114).

Para ajudar dentro de casa, comprar as coisas para ela (pausa), depender de mim mesma M6 (116).

Adquirir independência financeira, para algumas mães entrevistadas neste estudo, representava bem mais do que ajudar no orçamento em casa; mas conquistar respeito e dignidade. “O desejo de trabalhar, que se sobressaiu como o principal projeto futuro, pode estar associado, segundo alguns autores, ao reconhecimento econômico e social, que o trabalho representa atualmente” (PATIAS 2012: p. 271).

Nos relatos coletados por Silva *et al.* (2009), “A dificuldade financeira aparece como empecilho, para que estas mães possam oferecer condições consideradas por elas ideais para criar seu filho” (SILVA *et al.*, 2009: p. 52). Mais do que colaborar com as despesas, percebe-se que é desejo frequente da conquista da

independência financeira representa uma condição atual da mulher moderna. Principalmente as mães mais jovens manifestam-se assim:

Se existe uma coisa pior no mundo, é depender de alguém M6 (117).

A necessidade visualizada por estas mulheres de enfrentar o mercado de trabalho como forma de agregar renda e promover maior conforto ao filho foi uma realidade presente na maioria dos lares visitados. “O desejo de encontrar um bom emprego e de continuar os estudos lhes permitiria promover a própria condição de vida e a do filho” (RESTA *et al.*, 2010, p. 72).

Em relação à escolaridade, a maioria das entrevistadas só tinha cursado o nível primário incompleto. E das que ainda estudavam, no caso, as mais jovens, todas manifestaram a intenção de retomar os estudos interrompidos no período da gravidez, apesar de reconhecerem alguma dificuldade em estudar agora tendo um filho pequeno para cuidar. Em suas falas, vê-se que se conformam em aguardar o momento propício para retomarem alguma atividade:

[...] até esse ano, o resto desse ano eu vou ficar só com ela, não é? M6 (112).

Mas no próximo ano, eu vou voltar a estudar a noite [...] M6 (113).

[...] eu não podia ir muito, porque eu estudava pela manhã M8 (171).

Pode-se constatar o lugar de destaque que a maternidade ocupava; e apesar de “[...] não demonstrem arrependimento por terem se tornado mães, elas lamentavam-se pela perda da liberdade, pela dificuldade para continuar os estudos e pela necessidade de procurarem emprego para a manutenção do bebê” (SOUZA; NÓBREGA, COUTINHO, 2012, p. 589).

Nos resultados de sua pesquisa sobre a percepção das adolescentes frente ao desafio de ser mãe, Guedes (2015) constatou que “Apesar de todas as circunstâncias, a mãe adolescente não desistiu dos seus planos para o futuro; deseja dar continuidade ao estudo, pretende trabalhar e almeja um futuro melhor para si e sua prole”. Outro estudo, em relação às implicações da maternidade na adolescência, afirma que “O desejo de encontrar um bom emprego e de continuar os

estudos lhes permitiria promover a própria condição de vida e a do filho” (RESTA, 2010, p. 72).

Por outro lado, há grande incidência de pesquisas sobre gravidez na adolescência com indícios de que “[...] a interrupção dos estudos na adolescência, durante a gestação ou após o nascimento da criança, acarreta perdas de oportunidades e piora da qualidade de vida no futuro” (SILVA; ENDERS; MENESES, 2012, p. 30). É bem provável que as chances de conquistar um bom emprego sejam limitadas para quem não concluiu pelo menos o ensino médio. As frustrações decorrentes disto vão depender das expectativas de vida de cada indivíduo.

## 5.2 PERCEPÇÃO MATERNA NA ESTIMULAÇÃO DO FILHO PREMATURO

Com a chegada do bebê, surge então uma mudança no contexto de vida dessa família. Novos sentimentos se instalam e muitos deles são ambivalentes. A gestação é vivenciada e a criança é aguardada em breve, mas não tão breve. Por ocasião de um parto prematuro, o olhar materno sobre o frágil bebê que necessita de cuidados específicos é regado por muito afeto e zelo. Por acreditarem na debilidade do filho, as mães estão dispostas a relevarem seus apelos e manhas. Assim, manifestações de apego são traduzidas nestas locuções maternas:

Só quer estar comigo M1 (17).

[...] mas eu entendo isso (pausa), querendo ficar perto de mim M3 (58.)

Todo esse apego se traduz em um cuidado redobrado, que nem sempre permite a confiança em outros para dividir suas responsabilidades. Dessa forma, as mães preferem assumir o cuidado do filho, alimentando sentimentos de orgulho e superproteção. É o que podemos notar entre estes pronunciamentos:

[...] eu tenho medo de judiarem com ela M3 (67).

E deixar ela com os outros, eu não deixo, que eu tenho medo assim dela chorar [...] M6 (106).

Nota-se que os familiares mais próximos são as pessoas com quem as mães contam para dar suporte de que necessitam. Não podemos desconsiderar que

“A família é de extrema importância na construção de um ambiente doméstico dotado de práticas psicossociais favoráveis ao desenvolvimento da criança [...]” (BRITTO, 2013, p. 103). A superproteção pode desfavorecer condutas de estimulação no domicílio e parece estar relacionada à ideia de fragilidade dos recém-natos prematuros e o reconhecimento de suas limitações. A observação de restrições dos filhos foi realçada por estas duas entrevistadas:

Ela era toda durinha, toda desengonçada [...] M6 (124).

[...] a gente falava com ela e ela ainda não observava, não prestava muita bem atenção no brinquedo [...] M7 (132).

Cientes das limitações causadas pela prematuridade, às genitoras percebem algumas das dificuldades dos menores, lembrando sempre de mencionar justificativas atreladas aos fatos que trouxeram estas inabilidades provisórias. Nota-se que essas mães, independentemente de seu nível sociocultural, possuem a clara percepção de que seu bebê apresenta limitações que os tornam diferentes e exigentes de cuidados mais específicos.

O modo como elas assimilam e denominam tais limitações é muito particular. Tal concepção nasce de uma atitude intuitiva que demonstra que elas percebem a não conformidade de um padrão de comportamento que foge do normal. Assim, elas comentam sobre a demora das aquisições sensório-motoras, embora convencidas de que tudo ocorre dentro do esperado, e que logo vai se resolver. Ocorre como se elas outorgassem ao filho o seu próprio tempo, o prazo que ele necessita para se desenvolver, passando a ver nas pequenas superações um caminhar em direção à ultrapassagem dessas inabilidades através da estimulação. As falas destas mães demonstram o quanto estão confiantes no progresso do desenvolvimento do filho, considerando que o atraso é normal para o que se espera de um bebê prematuro:

[...] Às vezes ele cai, mas às vezes ele fica [...] M1 (6).

[...] ela já não está mais tão molengona M2 (22).

Mas acho que é normal, ela ficar cansada M2 (31).

Aí é mais ou menos: parar. Porque uma hora, mais cedo ou mais tarde ela vai andar, por conta própria. Forçar é pior M6 (101).

Esta confiança traduz que ao mesmo tempo em que as dúvidas quanto ao que está por vir geram bastante preocupação e ansiedade, a esperança de uma boa evolução do desenvolvimento do filho se apresenta como um sonho da vida daquela mulher, nutrido por um sentimento de muito otimismo. Emergem grandes expectativas de progresso quanto às etapas que se esperam ser alcançadas, proferidas nas falas seguintes:

[...] que já está no tempo dele andar, não é? Já está com mais de um ano!  
M1 (10).

O que espero é que a neném consiga andar, o mais rápido possível, não é?  
Que ela se desenvolva melhor M6 (127).

[...] como é que vai ser o jeito dela, não é? Se ela vai agir assim, como uma criança normal, não é? M7 (142).

Nos pronunciamentos acima estão presentes as expectativas sobre o desenvolvimento do filho. A mãe reconhece suas limitações como transitórias, porém anseia por demonstrações de superação das mesmas. As expectativas maternas denotam que é muito provável que o progresso do desenvolvimento do filho seja uma forma de aliviar seu estresse, vindo a compensar as horas de angústia e sofrimento passadas, atestando enfim a vitória esperada. Tudo que a mãe deseja é ver seu filho recuperado, que tudo dê certo no final.

Diante da probabilidade de ocorrência de disfunções neurológicas afetarem o desenvolvimento do lactente prematuro, algumas pesquisas discorrem sobre a relevância de serviços de Intervenção ou Estimulação Precoce na contribuição da identificação de desvios no comportamento de suas habilidades psicomotoras no primeiro ano de vida (PASCHOAL, 2011).

Outros estudos consideram que a intervenção precoce é uma importante estratégia de proteção ao desenvolvimento do pré-termo, prestando uma atenção individualizada que otimiza o desenvolvimento máximo do seu potencial. Considerando as capacidades de resiliência desse grupo, “A importância de os programas de intervenção serem planejados para ter um seguimento longitudinal se dá pelo fato destes abranger os períodos críticos da infância” (CUSTÓDIO, 2010, p. 66).

Passado o período de adaptação no SEP, as crianças começam a demonstrar sua evolução com o progresso das atividades psicomotoras. A empolgação é percebida por ambas as partes. De um lado os profissionais sentem-se recompensados pelo seu empenho, motivando-se diante dos resultados positivos alcançados. Do outro, aflora a imensa satisfação das mães em ver sua prole se afastando do estigma que representou a prematuridade, assim traduzida nestas palavras:

Desenvolveu muito, da parte motora, que ela era muito paradinha [...] M3 (46).

Depois que a neném entrou ela ficou mais esperta, se desenvolveu melhor M6 (123).

Ah, eu fico morta de feliz! Não vejo a hora dela estar andando! M7(148).

Vale ressaltar que a insegurança e a pouca habilidade no cuidado materno, associado ao escasso conhecimento sobre as etapas do desenvolvimento infantil pode acarretar um maior risco ao desenvolvimento do prematuro. Assim, é favorável que haja uma boa adesão ao seguimento ambulatorial, para que os resultados da terapia realizada pelo grupo interdisciplinar sejam otimizados com a colaboração da família (DE BRITO, 2013).

Além de prestar esclarecimentos e orientações, o serviço de estimulação precoce representa um suporte de apoio à família dos neonatos. Estudiosos reforçam que “Em algumas circunstâncias os ambulatórios de seguimento de recém-nascidos prematuros e egressos de UTIN representam importantes fontes de apoio e orientações para as mães e famílias de recém-nascidos prematuros” (ANJOS *et al.*, 2012, p. 572).

Autores discorrem sobre a competência (responsabilidade) dos profissionais de saúde na prática da educação em saúde, ressaltando a sua contribuição na captação de conhecimentos na área, aplicáveis pela população (RODRIGUES; SPÍNDOLA; MOREIRA, 2013).

Para que as intervenções de orientações sejam bem aproveitadas faz-se necessário que se aproxime o vínculo entre as partes. Seguindo os preceitos da humanização na assistência ao usuário das redes de apoio à saúde coletiva, cabe

aos profissionais competentes reconhecerem a sua responsabilização sobre seu dever de atender a população com respeito e escuta digna do reconhecimento do seu protagonismo, prestando esclarecimentos educativos e fazendo os devidos encaminhamentos na rede.

Pode-se observar nas expressões maternas grandes interesse em captar esses conhecimentos e assistir a terapia no SEP para serem orientadas quanto algumas técnicas de facilitação do desenvolvimento infantil possíveis de se aplicar no domicílio, e dessa forma colaborar com a melhor evolução do filho. Cientes da importância dessa interação, comentavam:

Estou indo para essa terapia, aí eu peço ajuda a elas e elas me orientam M3 (53).

Às vezes você quer ficar assistindo, para ver, para aprender mais coisa M3 (56).

Elas ensinam a gente M4 (82).

[...] por enquanto elas tão ajudando mesmo ela no sentar dela M7 (155).

O contexto dessas falas refere-se à contribuição percebida pelas mães por meio do SEP, onde elas reconhecem que a estimulação realmente é determinante para o progresso do bebê e demonstram estar abertas para acolher as sugestões das profissionais. Merece destaque a fala M3(56), onde é expressa a necessidade de aprender, o desejo materno de se apropriar de um conhecimento que ajude o filho. Essa mãe está disposta a sair da passividade e empreender um esforço próprio e particular em prol do bem-estar de seu filho. Assim elas manifestam que estão dispostas a colaborar com seu máximo empenho.

Apesar da escassez de estudos sobre a contribuição das orientações práticas da intervenção precoce, foi verificado que atividades de diálogos entre profissionais de saúde e mães através de grupos de educação em saúde, influenciam positivamente no desenvolvimento psicomotor do prematuro (BENGOZI *et al.*, 2010; SPÍNDOLA *et al.*, 2013).

Os resultados da estimulação precoce no prematuro são notoriamente percebidos por toda a família. A realização de ver o filho se desenvolvendo tranquiliza as mães e contribui para a harmonia dos lares. É comum observarmos a

satisfação explícita nesses comentários abaixo sobre o progresso no desenvolvimento, além da expressão de gratidão aos profissionais do SEP:

Isso é muito bom para mim, que eu estou vendo assim o desenvolvimento dele M1 (7).

[...] está tudo bem. Eu só tenho que agradecer. Eu não tenho o que dizer M1 (19).

Está bem o desenvolvimento dela [...] estou achando mais melhor. M4 (76)

Eu só tenho a agradecer. Porque tudo que eles fizeram lá, eu sei que foi para o bem dela M8 (209).

Para a maioria das famílias, fica explícito que bons vínculos são formados durante o longo período de permanência da criança no seguimento ambulatorial. Relações afetivas se estabelecem ao ponto de as mães comentarem que, de certa forma, lamentam o desligamento próspero que será marcado pela sensação de falta que a criança vai experimentar com a interrupção do convívio com as terapeutas. Assim foi expresso:

Agora ela ama!! (Ir para a estimulação) M3 (60).

O ruim é que ela vai parar de ir lá para as meninas, (risos). Por que ela já é acostumada já a sempre ir [...] M6 (128).

Embora os profissionais do SEP se empenhem para prestar um serviço de qualidade, devemos considerar a hipótese de algumas falhas na interação com os familiares que podem gerar sentimentos de descontentamento ou frustração, mesmo que seja em parcela insignificante dos usuários. Algumas mães, mesmo reconhecendo os benefícios, mencionaram se sentirem excluídas em alguns momentos da terapia, lamentando assim:

E eu não assisto. Elas dizem que não é bom eu assistir M3 (55).

Só que a gente não entrava, não M8 (187).

Parece contraditório para essas mães lidarem com a necessidade de aprender práticas de estimulação para o domicílio, quando ao mesmo tempo consideram praticamente limitadas a sua entrada no setor para presenciar a rotina dos exercícios com maior frequência de forma a facilitar a captação das técnicas. A expectativa dos resultados dessa intervenção faz com que alguns julgamentos se

elaborem e possam provocar enfraquecimento na adesão ao tratamento. No princípio, pode-se não dar o crédito apropriado para os profissionais, como demonstra a insegurança desta mãe:

Eu não acreditava muito na Estimulação porque muita gente botava coisa na minha cabeça [...] M3 (42).

No começo falaram para mim que era 40 minutos, aí depois botaram meia hora. Aí eu quis até desistir! M3 (61).

Possíveis falhas no entrosamento também podem contribuir para eventuais problemas de comunicação, enfraquecendo vínculos de usuários mais introvertidos, que ao invés de questionar, tornam-se apáticos e acomodam-se em conviver com a incerteza; como no caso desta mãe que admitiu a confusão que faz com as atribuições das terapeutas e confessa não ter tido a iniciativa de pedir esclarecimentos:

[...] para mim é a mesma coisa, eu acho tudo parecido [...]. Eu acabo achando que as duas é a mesma coisa [...]. Eu ainda não perguntei, não M7 (160, 161, 162).

Algumas mães encontram-se mais fragilizadas e podem enfrentar mais dificuldades na sua trajetória com os cuidados do filho prematuro. Elas esperam contar com todo apoio da equipe multiprofissional para nortear suas atitudes. Quando percebem pouco envolvimento por parte do profissional, podem levar mais tempo para adaptar-se. “Para a mãe, é perturbador encontrar uma discrepância entre seu próprio tumulto emocional e a insensibilidade dos profissionais” (BARBOSA, BALIEIRO, PETTENGILL, 2012, p. 49).

Valorizando a interação com a família, em sua tese de doutorado em Psicologia, Custódio (2010), traz um pronunciamento do Manual de follow-up do RN de alto risco da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro (SOPERJ, 1995), que orienta que o desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo seja acompanhado por equipe multidisciplinar em sintonia com a família. Nele preconiza-se “que a criança possa receber um acompanhamento individualizado, que a permita se desenvolver dentro do máximo do seu potencial global e se integrar a uma vida social saudável” (CUSTÓDIO, 2010, p.67).

Ainda sobre o apoio técnico, apesar de todo empenho na preparação para a alta, a escassez de suporte adequado fora do ambiente hospitalar refere que “os pais de crianças nascidas pré-termo se sentem mais inseguros ao irem para casa com a criança, por não terem mais o apoio incondicional e constante da equipe de saúde do hospital” (CUSTÓDIO, 2010, p.172).

Já foi dito que os diversos contextos em que a criança está inserida exerce influência em seu crescimento e desenvolvimento. E que a educação em saúde deve ser praticada por profissionais habilitados levando às famílias todo o conhecimento acerca dos riscos a que os prematuros estão expostos. Ainda assim observa-se despreparo por parte da área técnica relacionado à inconsistência de protocolos e pouca capacitação de conhecimentos específicos.

Visando a melhora na qualidade de vida dessas crianças e suas famílias, muitas outras pesquisas confirmam a necessidade de ampliar essa assistência, estabelecendo vínculos mais próximos e relações de respeito e confiança mútua entre profissionais e familiares, com propostas diversas de apoio (BENGOZI *et al.*, 2010; TRONCO *et al.*, 2010; RODRIGUES; SPÍNDOLA; MOREIRA, 2013).

Com o objetivo não somente de apoiar as famílias dos pré-termos, mas principalmente respeitar, à medida que as incluem nos cuidados e decisões, potencializando sua força e competência; enfermeiros de uma Unidade Neonatal de Londrina-Paraná relataram a experiência de um projeto de assistência integral ao prematuro e suas famílias, em um hospital público, de nível terciário e alta complexidade. Com o suporte teórico do Cuidado Centrado na Família, a proposta de abordagem inclui atendimento hospitalar, ambulatorial e domiciliar. As famílias se beneficiam de atendimento individual semanal durante a hospitalização do prematuro; reuniões com grupo de pais; além de treinamento para os cuidados do recém-nascido após a alta. Também são realizadas visita domiciliar antes e após a alta hospitalar; e referência para a unidade de Saúde da Família e consultas de enfermagem no ambulatório (BENGOZI *et al.*, 2010).

O atendimento do serviço público no Setor de Estimulação Precoce do Gonzaguinha obedece ao protocolo de limite de idade até os dois anos, porém as consultas de acompanhamento no ambulatório de follow-up devem seguir até a

idade escolar. Cada serviço tem suas particularidades, embora todas com a mesma tendência. Se a criança necessita de uma atenção mais prolongada em relação à estimulação, algumas famílias buscam este recurso em clínicas conveniadas a planos de saúde acessíveis a sua condição financeira.

## 6 O RE-CONHECIMENTO DA MÃE E DA SUA MATERNIDADE

No propósito de alcançar os objetivos estabelecidos para este estudo, os discursos maternos foram de extrema relevância e esclarecedores. As mães não se esquivaram de mostrar a multiplicidade de sentimentos que permeiam a experiência de ser mãe de um filho prematuro.

A maternidade foi apresentada pelas mães como condição intrínseca a condição feminina; um desejo primitivo que as acompanha desde sempre, ainda quando brincavam de cuidar de bonecas. Algumas meninas na adolescência despertam esse desejo, no intuito de alcançar independência, ao unir-se a um parceiro que lhe proporcione uma condição social mais interessante que a vida que leva, muitas vezes, na sua visão, limitada de melhores possibilidades futuras.

Enquanto se preparam para a maternidade, as mães idealizam suas fantasias em torno de um bebê perfeito, conforme suas expectativas sobre o filho esperado. Quando a gravidez transcorre com sinais de risco, essas mulheres experimentam sentimentos diversos. E diante do fato inesperado de um parto prematuro, são acometidas por momentos de aflição e incerteza em torno dos acontecimentos que se sucedem permeados de infortúnios.

As mães convivem com eventos assustadores, diante das circunstâncias em que seu bebê se encontra, sob cuidados intensivos na UTINeo, tendo que permanecer em oxigenoterapia, fototerapia ou ser intubado sob um suporte de via aérea artificial. O bebê passa por situações de risco e estresse que abalam emocionalmente toda a família. Nesse período a genitora busca forças em seu íntimo ou crenças divinas para suportar a espera de notícias do delicado estado do tão frágil filho. A esperança e o otimismo as sustentam nesta fase.

Graças ao avanço na tecnologia, principalmente na área da saúde, a maioria dos prematuros evoluem bem e sobrevivem com mínimas sequelas, passíveis de tratamento. Ao saírem de alta para casa, são encaminhadas para um seguimento ambulatorial de atendimento médico especializado e Estimulação Precoce. Neste seguimento, também conhecido pelo termo universal *follow-up*, as crianças têm o seu desenvolvimento monitorado nos dois primeiros anos de vida,

recebendo consultas e orientações, além da prática de estimulação precoce. É nessa plataforma que as famílias encontram apoio para seguir na jornada diária de inúmeros desafios.

Por outro lado, quando o vínculo se consolida e as mães são envolvidas no processo de cuidar, essas mulheres adquirem prática com os cuidados diários em casa e recebem orientações no serviço hospitalar. As mães amadurecem na sua forma de cuidar e tornam-se aptas para dar continuidade às investidas de estimulação em casa. As orientações dadas no ambulatório devem ter o objetivo educacional de conscientizar sobre a influência do papel da família no crescimento e desenvolvimento da criança. Existe a consciência de que, apesar do empenho da equipe de saúde, o sucesso dessa interação vai estar relacionado ao compromisso e adesão do usuário.

As mães, por mais despreparadas que se consideram, tentam reproduzir no domicílio o que apreendem das orientações dadas pela equipe de saúde, ao passo que vão adquirindo habilidades no cuidado do prematuro. Cada uma, ao seu modo, vão adaptando suas rotinas, improvisando ou criando ambientes apropriados para estimulação do filho.

A princípio algumas mães relataram um certo preconceito com o SEP, pairavam dúvidas se essa terapia trazia mesmo algum resultado, e a tendência de proteção das limitações do menor era comum entre as entrevistadas, chegando a considerar que com ou sem terapia o tempo cuidaria de resolver tudo. Porém à medida que observavam o progresso no desenvolvimento do filho, adquiriam confiança no SEP e se empenhavam em cooperar com as práticas indicadas para o domicílio. Mesmo apontando outras dificuldades, como a de conciliar o cuidado com as tarefas domésticas ou não ter ajuda de outros ou restrições da vida pessoal, notou-se que se envolviam com a maternidade com tanto amor e apego ao filho, alimentando expectativas sempre positivas de sua evolução, que qualquer pequena resposta já era gratificante.

Nas entrevistas coletadas nos domicílios, as mães relataram suas maiores dificuldades em torno de sua ansiedade sobre a evolução do desenvolvimento do filho e o medo de não saber conduzir um cuidado adequado

diante da delicadeza que exigia a aparente debilidade do mais novo membro da família. As dúvidas em relação aos exercícios orientados no SEP estavam associadas tanto a fragilidade do bebê, quanto a sua dificuldade em colaborar. Se o filho chorasse enquanto colocado em uma posição de estimulação, quem lhe garantia se estaria sentindo um pequeno desconforto ou grande dor?

Em relação a sua vida pessoal, algumas mães referiram o desejo de retomar os estudos ou trabalhar, pois não pretendiam depender do marido ou tinham a intenção de colaborar com as despesas. O vínculo paterno com o filho foi bastante valorizado e as mães demonstravam muita satisfação em compartilhar com o cônjuge as alegrias de ver o filho em desenvolvimento, depois das ameaças dos seus primeiros dias de vida. Por seu lado, os pais mostravam-se atenciosos e satisfeitos com a família que formara. Em três das oito residências visitadas, o pai estava presente no momento das visitas e foi notada a companheirismo do casal e o carinho com o filho.

A participação paterna no cuidado com o filho em muito confortava as mães dos prematuros, assim como a presença de um familiar próximo. Na maioria dos casos esse familiar era a mãe ou a sogra, com quem o relacionamento parecia mais fortalecido ainda pela presença do pequeno membro, que unia forças em toda família em atitudes de solidariedade. E acima de todos, é claro, havia a fé em uma força divina e suprema capaz de apoiar e garantir esperança de que, no final, tudo se resolveria da melhor forma.

Logicamente, entre os domicílios visitados nesta pesquisa, encontramos mais famílias felizes e compromissadas, já que nas perdas de algumas crianças selecionadas para pesquisa incluíam-se as que apresentavam uma frequência esporádica, atestando o seu baixo nível de compromisso com o acompanhamento hospitalar. A princípio estas famílias foram selecionadas e contatadas, porém foi descartada sua participação nesta pesquisa por começarem a apresentar baixa assiduidade ao setor e não obtivemos sucesso em resgatá-las ao atendimento nas várias tentativas de contato ao telefone.

A compreensão apreendida pelos discursos maternos possibilitou perceber cada mãe como um ser único e indiscutivelmente determinado em auxiliar

seu filho prematuro no seu desenvolvimento sensório-motor. O envolvimento e compromisso das mães são aspectos que comprovam não somente o senso de responsabilidade, mas acima de tudo uma condição de amor extremo.

***NOVOS OLHARES PARA A PRÁTICA  
PROFISSIONAL***

---

## **7 NOVOS OLHARES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL<sup>1</sup>**

O SEP é o elo mais forte destas famílias com a maternidade onde seus bebês nasceram, pois durante dois anos estarão frequentando a terapia de estimulação com uma frequência de duas vezes por semana, mantendo vínculos com as terapeutas, trazendo a possibilidade de se formar entre as partes laços de apoio e cumplicidade. Tais elementos que constituem esse vínculo não é de todo valorizado por alguns profissionais, que muitas vezes excluem a mãe do cuidado prestado ao bebê no SEP, aumentando com isso a insegurança e incerteza de como estender ao domicílio atitudes e atividades que deem continuidade ao propósito de vencer as limitações de seus filhos.

Uma pesquisa de análise hermenêutica sobre o seguimento da criança pré-termo, enfatizou a vulnerabilidade do serviço de saúde no que diz respeito à assistência à criança prematura após a alta da UTIN. O referido estudo aponta falhas na comunicação entre profissionais e familiares, onde atesta que raramente a equipe de saúde busca captar as demandas da sua intervenção, desconsiderando o saber das famílias em relação aos cuidados com a criança, seus valores culturais, convicções e expectativas. As pesquisadoras acreditam que, para melhoria do serviço, os vínculos devem ser fortalecidos além do ambulatório de risco, em visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde (VIERA; MELLO, 2009).

Pesquisas como esta confirmam em suas considerações finais, a necessidade de ampliar os cuidados com o prematuro, incluindo um olhar mais sensível para a família, estabelecendo vínculos mais próximos com uma relação de confiança mútua entre profissionais e cuidadores. Acredita-se que amparando a família de forma mais humanizada esta vai estar mais apta e segura para cuidar do bebê prematuro. O intuito do serviço é realizar práticas de intervenção sensório-motora que otimizem o desenvolvimento infantil nos seus mais variados aspectos, e também capacitar as mães para o cuidado domiciliar.

---

<sup>1</sup> Neste capítulo, as considerações referem-se, especificamente, a experiência profissional de uma das autoras em sua atividade como fisioterapeuta.

Custódio, Crepaldi e Linhares (2014) chamam a atenção para o modelo bioecológico de desenvolvimento humano, onde as redes sociais de apoio têm a função de promover a saúde de crianças nascidas prematuramente, considerando a interação entre seus vários contextos ambientais, para o planejamento de suas intervenções. Na pesquisa, os autores trazem a discussão sobre a necessidade de acompanhamento além dos dois primeiros anos de vida preconizados nos protocolos, visto que alguns problemas de desenvolvimento raramente são identificados neste período.

Devo declarar que a execução dessa pesquisa não representou tão somente o cumprimento de uma tarefa, mas uma possibilidade de aproximação com uma realidade vislumbrada que exigia esclarecimento. Como fisioterapeuta trabalhando há mais de 20 anos com atraso psicomotor, sentia a necessidade de compreender a percepção materna sobre a condição de alguma moderação que a prematuridade poderia causar a seu filho, assim como as alternativas de sua colaboração para um desfecho favorável.

Foi possível observar que, apesar das dificuldades que as circundam, desde restrições financeiras ou materiais, solidão, acúmulo de tarefas e pouco conhecimento na área da saúde, as mães entrevistadas empreendiam todo o seu esforço para atender as necessidades do seu filho. Os sinais de melhora se apresentavam como verdadeiras recompensas. Mesmo sem preparo técnico, as mães eram atentas às recomendações dadas pelos especialistas, e apropriavam-se de suas orientações do modo que podiam, levando-as para a prática domiciliar.

Além de estarem aprendendo a lidar com os cuidados comuns de um recém-nascido, devem ficar atentas a tantos outros aspectos relacionados à condição imatura do filho, que algumas vezes podem se sentir inseguras ao passo que são as principais responsáveis por este cuidado. Neste momento o apoio de um familiar ou do cônjuge faz com que a genitora se sinta aliviada em ter alguém com quem contar para dividir as tarefas e também compartilhar as experiências, sejam elas satisfatórias ou não.

A compreensão das mães acerca dos cuidados que o prematuro necessita amadurece à medida que elas enfrentam os desafios da rotina domiciliar

com coragem e dinamismo. O amor dedicado ao bebê multiplica essa disposição. Percebeu-se um grande compromisso com a responsabilidade materna de cuidar, como sendo uma questão de honra. O que mais pareceu amedrontar as cuidadoras foi à fragilidade inicial do prematuro; mencionada por algumas como *pescoço mole* e *ossinhos fracos*. Com o decorrer dos meses, as mães se orgulhavam de cada gesto, cada passo rumo ao progresso na evolução das aquisições sensório-motoras do rebento.

As famílias visitadas se dispuseram a colaborar com as entrevistas e mostraram-se conectadas com a terapia do SEP, participando dos atendimentos e interessadas em receber orientações. Percebeu-se que o intuito geral era contribuir com qualquer investimento a favor do desenvolvimento do filho, inclusive esta pesquisa, que demonstrou claramente o interesse em compreendê-las e apoiá-las no sentido de dar todo o suporte para o alcance de resultados mais satisfatórios.

Nas suas casas, onde fui recebida com muita gentileza, notei que o ambiente que acolhia o bebê era o mais aconchegante possível. O empenho em adaptar estruturas que contribuíssem com o processo de evolução da criança era muito criativo. A boa vontade em acompanhar as consultas e frequentar o SEP baniam as sensações de cansaço de uma rotina árdua de responsabilidades, porque a prioridade (o prematuro) era bem clara e estabelecida entre os demais membros da família, que não se poupavam em cooperar.

Falando em prioridade, foi possível observar que a simplicidade de suas vidas parece não exigir expectativas além da conta. São pessoas felizes com muito pouco ou com coisas reais de que a necessidade humana se alimenta como estar juntos, compartilhar tarefas, conversar, sorrir. A impressão deixada foi a de leveza e otimismo. Nas narrativas coletadas, as mães deram amostras de que percebiam as dificuldades que seus filhos tinham como passageiras, causadas por destino ou vontade de Deus. A fé era um elemento muito favorável em sustentar a esperança. Apesar de evidências de transtornos que pudessem deixar algumas sequelas, essas mães não se lamentavam, apenas seguiam batalhando para conseguir o melhor para o seu filho.

Manter um diálogo mais próximo com as genitoras, permitiu que eu pudesse reconhecer nelas a humildade de criaturas tão humanas, junto a sua pureza e inocência. Características como genuinidade e naturalidade completavam seus atributos mais despretensiosos. Antes de iniciar as entrevistas e em pausas para troca de fraldas ou alimentação, presenciei o manuseio com o bebê apreciavelmente regado de muita doçura.

Como resultante dessa pesquisa, compreendi que é de grande relevância inserir a participação materna na rotina do serviço de estimulação do hospital, para que a mesma se aproprie melhor das técnicas e se sinta mais segura para praticá-las no domicílio. Considerando meus objetivos alcançados e em atenção a essas mães tão especiais, devo expressar meus sinceros agradecimentos por me permitir adentrar em seus lares recebendo-me com toda gentileza.

De acordo com a demanda encontrada e a experiência materna descrita e compreendida, permitiu-se a criação de um instrumento de referência e orientação sobre o cuidado domiciliar das crianças acompanhadas no serviço de Estimulação Precoce com atraso do desenvolvimento decorrente da prematuridade, com orientações de estimulação e postura baseadas nas rotinas de cuidados específicos que afeta a evolução do desenvolvimento infantil. O propósito desta intervenção educativa é dar suporte à mãe, contribuindo para sua adesão ao serviço e assim otimizando os resultados da Estimulação Precoce (APÊNDICE F).

Esse material deverá ser compartilhado com o SEP, com a intenção de contribuir com a reestruturação por que passa atualmente, complementando as práticas com estratégias de orientações durante alguns momentos de encontro com as mães, como forma de condensar as teorias para o cuidado domiciliar de modo prático e acessível.

Outra contribuição trazida por esta pesquisa inclui a sugestão para atuação de um serviço social de visitas domiciliares que possam fazer um elo entre o SEP e o ambiente domiciliar, assegurando a viabilidade das propostas terapêuticas e fortalecendo suas condutas. Aproximar-se do ambiente doméstico, traz a possibilidade de conscientizar a participação de outros familiares no cuidado e estimulação do prematuro, para que esta não se sinta tão sobrecarregada.

## ***REFERÊNCIAS***

---

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, O. V. C. A.; ANDRADE, P. E. Aspectos neurobiológicos e evolucionários da cognição e suas implicações para a educação. In: KONKIEWITZ, E. C. **Aprendizagem, comportamento e emoções na infância e adolescência: uma visão transdisciplinar**. Dourados: Ed. UFGD, 2013, 213p.

ANJOS, L. S.; LEMOS, D. M.; ANTUNES, L. A.; ANDRADE, J. M. O.; NASCIMENTO, W. D. M.; CALDEIRA, A. P. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 571-577, 2012.

ANZANELLO, J. **Oportunidades de estimulação, desenvolvimento motor e desenvolvimento social de crianças no primeiro ano de vida em diferentes contextos**. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação, Porto Alegre, 2010.

ARIAS, M. I. A escuta indizível. In: JERUSALINSKY, A. *et al.* **Psicanálise e desenvolvimento infantil**: um enfoque transdisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

AYRES, A. J. Developmental dysphasia: hit and unitary function? **Occupational Therapy Journal of Research**, v. 7, p. 93-110, 1989.

BARBOSA, M. A. M.; BALIEIRO, M. M. F. G.; PETTENGILL, M. A. M. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 194, 2012.

BENGOZI, T. M.; SOUZA, S. N. D. H.; ROSSETTO, E. G.I; RADIGONDA, B.; HAYAKAWA, L. M.; RAMALHO, D. P. Uma rede de apoio à família do prematuro, **Ciênc. cuid. saúde**, v. 9, n. 1, p. 155-160, jan./mar. 2010.

BERNARDINO, L. M. F. **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Ed. Escuta, 2006.152p.

BOAVIDA, J. Base neurobiológica da intervenção precoce. **Rev. Diversidades**, v. 9, n. 35, p. 4-6, jan./mar. 2012.

BOBATH, B.; BOBATH, K. A diferenciação entre padrões primitivos e anormais. In: **Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de paralisia cerebral**. São Paulo: Ed. Manole, p. 19-22, 1990.

BONFIM, V. S. Gadamer e a experiência hermenêutica. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XIV, n. 49, p. 76-82, abr./jun. 2010.

BOTELHO, S. M.; BOERY, R. N. S. O.; VILELA, A. B. A.; SANTOS, W. S.; PINTO, L. S.; RIBEIRO, V. M.; MACHADO, J. C. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 929-34, 2012.

BOUSSO, R. S.; SERAFIM, T. S.; MISKO, M. D. The relationship between religion, illness and death in life histories of family members of children with life-threatening diseases. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p.156-62, 2010.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BRANDÃO, J. S. **Bases do tratamento por estimulação precoce da paralisia cerebral**. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 1992.

BRANDÃO, J. S. Tratamento precoce na paralisia cerebral. In: LIANZA, S. **Medicina de reabilitação**. Ed: Guanabara-Koogan, RJ, p.241-265, 1985.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. **Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce**: o portador de necessidades educativas especiais / Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC, SEESP, 1995. 48 p. (Série Diretrizes; 3).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 16/11/2014>. Acesso em: 14 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Follow-up**: o acompanhamento da saúde do prematuro Fonte: Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. 08/04/2013. Disponível em: <<http://www.prematuridade.com/tags/ministério-da-saúde>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: Método Canguru: caderno do tutor / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 80 p.: il.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 44 p. il. color. – Série B. Textos Básicos de Saúde.

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

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1979), 1996.

CÂMARA, C. G. A promoção do vínculo mãe-filho a partir da proposta do programa primeira infância melhor (PIM) Santa Rosa, 2013. Monografia (Graduação) de disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/2382>>. Acesso em: 14 set. 2015.

CORETH, E. **Questões fundamentais de Hermenêutica**. São Paulo: EPU - Ed. Pedagógica e Universitária LTDA, 1973. 203p.

COSTA, S. A. F.; RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H.; BALIEIRO, M. M. F. G. A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 741-9, 2009.

CUSTÓDIO, Z. A. de O.; CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 31, n. 2, p. 247-255, 2014.

CUSTÓDIO, Z. A. O. **Redes sociais no contexto da prematuridade: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida**. 2010. 284 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Florianópolis, 2010.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 84-91, mar. 2003.

BRITTO, I T. Bebês prematuros: concepções de suas mães acerca da intervenção fisioterapêutica. **InterScientia**, João Pessoa, v. 1, n. 2, maio/ago. 2013.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, v. 20, n. 45, p. 123-131, 2010.

FERNANDES, E. P. Desenvolvimento: problemas de desenvolvimento - a importância de uma intervenção precoce. **Partilhar**: Artigo revisado por: Dr. José Matos – Pediatra, v. 28, Jul. 2009.

FIGUEIRAS, A. C. M.; SOUZA, I. C. N.; RIOS, V. G.; BENGUIGUI, Y. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI: Módulo II.** Washington, D.C: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2005.

FORMIGA, C. K. R.; NONATO, J. C. R.; AMARAL, L. E. F.; FAGUNDES, R. R.; LINHARES, M. B. M. Comparação do desenvolvimento motor de lactentes pré-termo de duas amostras regionais brasileiras. **Journal of Human Growth and Development**, v. 23, n. 2, p. 352-357, 2013.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde- Saúde em números. **Dados Epidemiológicos – TABNET.** Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos – SINASC. Disponível em: <<http://www.saudefortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

FROTA, M. X. F. **A criança com paralisia cerebral:** um olhar sobre o cuidado em seu domicílio. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GLASER, G.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory:** strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter, 1967.

GRAÇA, P. R. M.; TEIXEIRA, M. S. C.; LOPES, S. C. G.; SERRANO, A. M. S. P. H.; CAMPOS A. R. S. O momento da avaliação na intervenção precoce: o envolvimento da família estudo das qualidades psicométricas do ASQ-2 dos 30 aos 60 meses. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 16, n. 2, p.177-196, maio/ago. 2010.

GUEDES, J. S. **Percepção das adolescentes frente ao desafio de ser mãe.** 2015. 46f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2015.

IBGE, Ceará » **Fortaleza** » Estimativa da **População 2015.** Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa\\_tcu.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm). Acesso em 22 jan. 2016.

HASSANO, A. Y. S.; OLIVEIRA, M. C. B.; PENALVA, O.; STEINBERG, V. O desenvolvimento motor nos dois primeiros anos de vida. **Novo manual de follow-up do recém-nascido de alto risco.** SOPERJ, 1990. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/follow\\_up/desenv\\_motor.html](http://www.sbp.com.br/follow_up/desenv_motor.html)>. Acesso em: 14 nov. 2014.

HEKAVEI, T.; OLIVEIRA, J. P. Motor and language development of babies with delayed development from the mothers' perspective. **Rev. bras. educ. espec.** v.15, n.1, p. 31-44, 2009.

HERREN, H.; HERREN M. P. A estimulação psicomotora precoce. Porto Alegre, **Artes Médicas**, 1986.

LACAN, JACQUES. **Os complexos familiares na formação do indivíduo**: ensaio de análise de uma função em psicologia. 94 p. Zahar, Rio de Janeiro, 2008.

LAMONICA, D. A. C.; PICOLINI, M. M. Habilidades do desenvolvimento de prematuros. **Rev. CEFAC**, v. 11, Supl. 2, p. 145-153, 2009.

LOPES, B. M.; DUARTE, H. F. Análise do desempenho motor em crianças prematuras: comparativo com padrões de normalidade. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 3, p. 329-334, set./dez. 2011.

LOPES, C. M. B. **As vicissitudes da constituição da função materna: um percurso teórico em Winnicott e Freud**. 112 f. Dissertações (Mestrado). Curitiba, 2012.

MATSUKURA, T. S.; FERNANDES, A. D. S. A.; CID, M. F. B. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 122-129, maio/ago. 2012.

MAXIMILIANO, C. **Hermenêutica e aplicação do direito**. 19ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009, p. 1-2.

McWILLIAM, R. J. **Routines based early Intervention**. Baltimore: Paul Brookes, 2010.

MEC. **Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce: o portador de necessidades educacionais**. Secretaria de Educação- Brasília: MEC/UNESCO, SEESP, Série Diretrizes 3, 48, p.1995.

MELENDES, D. M.; ALVES G. R. F. **Ferramentas para coleta de dados 2 - A Observação**. Disponível em: <<http://www.tapioca.adm.br/>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

MELLO, B. V. **Hermenêutica**: origem, significado e atuação. 29 abr. 2010. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br>. Acesso em: 15 nov. 2014.

MELO, M. R. O.; ANDRADE, I. S. N. Desenvolvimento infantil e prematuridade: uma reflexão sobre o conhecimento e as expectativas maternas. **Rev Bras Promoc Saude**, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 548-553, out./dez., 2013.

MENEZES, L. S. H.; ALCÂNTARA, M. S. V.; SILVA, A. C. O.; PAZ, A. C. **Perfil do Desenvolvimento Motor em recém-nascidos pré-termos atendidos no ambulatório de follow-up**. Belém: BVS, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIRANDA, A. M.; CUNHA, D. I. B.; GOMES, S. M. F. A influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso: revisão integrativa. **Rev. Min. Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 435-442, jul./set., 2010.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. C. de M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**, v. 79, Supl. 1, p. 33-42, 2003.

MISSAGGIA, J. A hermenêutica em Heidegger e Gadamer: algumas confluências e divergências. **Griot- Revista de Filosofia**, Amargosa, v. 6, n. 2, dez. 2012.

MOREIRA, E. G.; GRAVE, M. T. Q. Avaliação do desenvolvimento motor de crianças prematuras nascidas em uma pequena cidade do Vale do Rio dos Sinos. **Revista destaques acadêmicos - CCBS/UNIVATES**, v. 6, n. 3, 2014.

NASCIMENTO, M. H. M. **Tecnologia para mediar o cuidar-educando no acolhimento de “familiares cangurus” em unidade neonatal**: estudo de validação. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Pará, Belém- Pará, 2012.

OLIVEIRA, A. A. Observação e entrevista em pesquisa qualitativa. **Revista FACEVV**, Vila Velha, n. 4, p. 22-27, jan./jun. 2010,

OLIVEIRA, V. K. **Método TheraSuit**. Publicado em 19/04/2013. Disponível em: <<http://www.fisioweb.com.br>>. Acesso em: 8 ago. 2014.

PALMER, R. E. Hermenêutica. Título original: Hermeneutics: Interpretation Theory. In: SCHLEIERMACHER, D., **Heidegger and Gadamar**. Lisboa: Ed Artes Gráficas. Edições 70 Ltda., 1989. 285p.

PASCHOAL, J. K. S. F. Desenvolvimento neurológico de lactentes prematuros: intervenção precoce, uma necessidade real. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 589-590, 2011.

PATIAS, N. D.; JAGER, M. E.; FIORIN, P. C.; DIAS, A. C. G. Construção histórico-social da adolescência: Implicação na percepção da gravidez na adolescência como um problema. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí/RS, v. 11, n. 20, p. 205-214, 2013.

\_\_\_\_\_. Gestações na adolescência: multiplicidade de experiências em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/RS. **Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v. 9, n.1, p. 260-277, jan./jul. 2012.

PEREIRA, A. P.; SERRANO, A. M. Abordagem centrada na família em intervenção precoce: Perspectivas histórica, conceptual e empírica. **Revista Diversidades**, v. 27, p. 4-11, 2010.

PEREZ-RAMOS, Aidyl M. de Queiroz. Modelos de prevenção: perspectivas dos programas de estimulação precoce. **Psicol. USP**, São Paulo, v.1, n. 1, p. 67-75, jun. 1990.

PIAGET, J. **O Nascimento da inteligência na criança**. Do original em francês: La naissance de l'intelligence chez l'enfantl. 2ed. Rio de Janeiro, Ed Zahar; Brasília, 1975, 389p.

PICCOLI, A.; SOARES, C. R. S.; COSTA, G.; SILVEIRA, J. L. S.; FIATT, M. P.; CUNHA, R. S. Perfil clínico de neonatos de muito baixo peso internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Revista HCPA**, v. 32, n. 4, p. 412-419, 2012.

RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F.; SILVA, E. M. K. Os fatores de risco associados com anormalidades do desenvolvimento entre as crianças de alto risco atendidas em uma clínica multidisciplinar. **São Paulo Med. J.** São Paulo, v.126, n. 1 Jan. 2008.

\_\_\_\_\_. Fatores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança. **Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 117-128, 2007.

RESTA, D. G.; MARQUI, A. B. T.; COLOMÉ, I. C. S.; JAHN, A. C.; EISEN, C.; HESLER, L. Z. Maternidade na adolescência: significado e implicações. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 14, n. 1, p. 68-74, 2010.

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 215-226, Jan. 2014.

RODRIGUES, F.; SPÍNDOLA, B. M.; MOREIRA, J.; TUO, L. A Utilização de Grupos de Educação em Saúde no Desenvolvimento Motor de Bebês Prematuros. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 7-21, 2013.

SAMEROFF, A. J.; CHANDLER, M. J. Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In: HOROWITZ, F. D. M. HETHERINGTON, S. SCARR-SALAPATEK, S.; SIEGEL, G. **Review of Child Development Research**, Chicago: University Of Chicago Press. v. 4, p. 187-244, 1975.

SANTOS, P. F.; CUNHA, M. C. B.; FRANCO, R. C. Estimulação e aquisição do controle cervical e do rolar por meio do método Halliwick associado ao conceito Bobath, em crianças com atraso motor. **Fisioter. Bras.**, v. 7, n. 3 p. 224-228, maio/jun. 2006.

SANTOS, P.; SILVA, C.; AGRA, S.; PORTUGAL, G.; FELICIANO, F.; BICHO, A.; RODRIGUES, C.; CARVALHO, L.; SIMÕES, O.; TAVARES, R. M. As relações no foco da intervenção precoce. **Rev. Diversidades**, n. 35, v. 9, p. 16-17, jan./mar. 2013.

SEMINÉRIO, F. P. O problema do método: limite ou expansão em ciências humanas. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 03-17, abr./jun. 1986.

SERRANO, A. M. **Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce**. Porto: Porto, 2007.

SILVA, J. M. B.; F. J. A.; ENDERS, B. C.; MENESES, R. M. V. Percepção de adolescentes grávidas acerca de sua gravidez. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 1, p. 23-32, jan./abr. 2012.

SILVA, L. A.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A.; STEFANELLO, J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 48-56, 2009.

SILVA, N. C. B.; NUNES, C. C.; BETTI, M. C. M.; RIOS, K. S. A. Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v.16, n. 2, 2008.

SILVA, R. F. A. **Conheça um pouco do Método TheraSuit**. Publicado em 02/05/2013. Disponível em: <<http://www.fisioweb.com.br>>. Acesso em: 8 out. 2014.

SILVEIRA, K. A.; ENUMO, S. R. F. Riscos biopsicossociais para o desenvolvimento de crianças prematuras e com baixo peso. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, Brasil. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, set./dez. 2012.

SIMIONI, D. MÉTODOS DE COLETA DE DADOS. 2010. Disponível em: <<http://darleisimioni.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 30 nov.2014.

SIQUEIRA, M. B. C.; DIAS, M. A. B. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 27-36, 2011.

SOARES, D. C.; CECAGNO, D.; MILBRATH, V. M.; OLIVEIRA, N. A.; CECAGNO, S.; SIQUEIRA, H. C. H. Faces do cuidado ao prematuro extremo no domicílio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 9, n. 2, p. 238-245, 2010.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1980.

SOUZA, A. X. A.; NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. da P. L. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. **Psicologia Social**, João Pessoa, v. 24, n. 3, p. 588-96, 2012.

SOUZA, L R de A; LEAL, I. F. de A.; SÁ, R. N. Atitude fenomenológica e psicoterapia. **Revista IGT na Rede**, v. 7, n. 13, p. 223 -245, 2010.

SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, P. C. C.; MEDEIROS JUNIOR, A.; ACCIOLY JUNIOR, H. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. **REME rev. min. enferm.**, v. 14, n. 2, p. 159-165, 2010.

TRONCO, C. S.; PADOINII, S. M. M.; NEVES, E. T.; LANDERDAHL, M. C. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 108-113. 2010.

VELEDA, A. A.; SOARES, M. C. F.; CÉZAR-VAZ, M. R. Fatores associados ao atraso do desenvolvimento em crianças. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 79-85, mar. 2011.

VIANA, M. C. A.; SANTOS, A. S.; SANTOS, D. S.; SILVA, B. T. Comunicação entre profissionais e mães em unidade de terapia intensiva neonatal: uma tecnologia leve de enfermagem. **Nursing**, São Paulo, v. 15, n. 171, 422-426, ago. 2012.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74, 2009.

WILLRICH, A.; AZEVEDO, C.C.F.; FERNANDES, J. O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Revista Neurociências**, n. 226, p.1- 6. São Paulo, UNIFESP, 2009.

WINNICOTT, D. W. O ambiente e os processos de maturação. **The maturational processes and the facilitating environment**. 3ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, 272p.



## ***APÊNDICES***

---

## **APÊNDICE A**

### **ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA APLICADA NO DOMICÍLIO**

- 1) Como está sendo para você a experiência de cuidar de seu filho em relação à estimulação precoce?
- 2) Como você percebe o desenvolvimento do seu filho?

Para finalizarmos, você quer falar alguma coisa, tirar alguma dúvida ou dar alguma sugestão?

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: *“Estimulação da criança prematura no domicílio: participação materna na evolução do desenvolvimento”*, com a qual pretendemos entender de que forma a mãe lida com o cuidado de seu filho prematuro no domicílio e proporcionar elementos que favoreçam a aquisição de habilidades para a estimulação do desenvolvimento psicomotor da criança. Desta forma, gostaríamos de contar com a sua colaboração, permitindo que sejam realizadas algumas observações em visitas domiciliares e ainda entrevistas sobre seus sentimentos, e que estas entrevistas sejam gravadas. Comunicamos que manteremos sigilo dos dados pessoais coletados que possam levar a sua identificação ou de seu (sua) filho (a). As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a sua identificação. Informamos que a pesquisa não traz risco à sua saúde. Os riscos da pesquisa são mínimos, dentre estes se incluem possível constrangimento e alterações emocionais, porém a pesquisadora empreenderá estratégias para deixar a participante confortável contornando tais situações, garantindo que não haverá nenhum dano emocional ou constrangimento. A sua participação no estudo não é obrigatória e você poderá desistir de participar do mesmo a qualquer momento, sem que lhe acarrete qualquer penalidade. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que seu (sua) filho (a) é acompanhado (a). Você não receberá remuneração pela participação. Este termo de consentimento será elaborado para você em duas vias, uma para você e outra para os arquivos do projeto. Caso tenha dúvidas entre em contato com a pesquisadora Cláudia Simone Rocha Araújo pelo telefone (85) 8731.0959, e-mail: [claudiasra@gmail.com](mailto:claudiasra@gmail.com). O Comitê de Ética e Pesquisa da UECE, também, encontra-se disponíveis para maiores esclarecimentos pelo telefone. (85) 3101-9890.

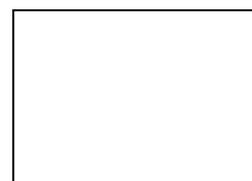
### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido (a). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Fortaleza, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador



## APÊNDICE C

### RECORTES EXPRESSIVOS E SIGNIFICADOS DE FALAS MATERNAS

M1 (1)	Mas, é porque é muita coisa, não é? Aí é uma correria (pausa).	DIFICULDADE DE CONCILIAR AS TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DO FILHO
M1 (2)	[...] mas está dando tudo certo, graças a Deus. Eu estou vendo, assim, que ele está evoluindo muito rápido.	FÉ EM DEUS
M1 (3)	[...] a estimulação está sendo muito bom[...]	SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE- SEP
M1 (4)	[...] eu tento fazer do jeito que elas pedem, mas é muita coisa, não é?	DIFICULDADE DE CONCILIAR AS TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DO FILHO
M1 (5)	Aí depois que eu comecei a estimulação, ele já faz muita coisa.	PERCEPÇÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M1 (6)	Ele já fica em pé. Às vezes ele cai, mas às vezes ele fica [...] é porque ele está na frente de alguém, ele fica com vergonha.	PROTEÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M1 (7)	Isso é muito bom para mim, que eu estou vendo assim o desenvolvimento dele.	SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M1 (8)	Era para mim tentar mais colocar ele numa cadeira para comer, mas eu só tenho essa cadeira aqui (pausa)	LIMITAÇÃO NA ESTIMULAÇÃO DOMICILIAR POR CARÊNCIA DE RECURSOS MATERIAIS
M1 (9)	Era para ter uma cadeira de plástico assim para ficar da altura dele, para ele começar a andar [...]	LIMITAÇÃO NA ESTIMULAÇÃO DOMICILIAR POR CARÊNCIA DE RECURSOS MATERIAIS
M1 (10)	[...]que já está no tempo dele andar, não é? Já está com mais de um ano!	EXPECTATIVA DE BOM DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M1 (11)	É bom, eu gosto muito de lá. A gente é bem recebida.	SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO NO HOSPITAL
M1 (12)	As meninas são muito boas. Cuidam bem direitinho dele. Para mim, o Gonzaguinha foi uma casa.	SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO NO HOSPITAL
M1 (13)	[...]é que eu sou sozinha. Minha família mora no interior.	DIFICULDADE DE CONCILIAR AS TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DO FILHO
M1 (14)	As meninas, as enfermeiras de lá de dentro (pausa), conversam com a gente.	SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO NO HOSPITAL
M1 (15)	O caso é que ele é 24h, você está vendo[...]	DIFICULDADE EM CUIDAR DO FILHO SOZINHA
M1 (16)	[...]não tem ninguém aqui (para ajudar), é só nós dois, não é?	DIFICULDADE EM CUIDAR DO FILHO SOZINHA
M1 (17)	Só quer estar comigo (pausa)	APEGO ENTRE MÃE E FILHO PREMATURO
M1 (18)	Mas, está bom, está fazendo em casa (pausa), você está vendo. Então, está bom.	SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M1 (19)	[...]está tudo bem. Eu só tenho que agradecer. Eu não tenho o que dizer.	GRATIDÃO AOS PROFISSIONAIS DO SEP
M2 (20)	Eu já comecei a botar ela no chão.	PRÁTICA DE ESTIMULAÇÃO EM CASA

M2 (21)	[...]ela já está ficando mais tempo sentada [...]	SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M2 (22)	[...]ela já não está mais tão <i>molengona</i> .	PERCEPCÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M2 (23)	[...]esse braço aqui era mais <i>molengão</i> , agora ela já usa os dois normalmente.	PERCEPCÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M2 (24)	Antes ela não botava o pé na boca [...]	PERCEPCÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M2 (25)	[...] hoje ela bota (o pé na boca).	PERCEPCÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M2 (26)	Já não quer mais ficar sentada, não quer que fique com ela que nem um bebezinho [...].	PERCEPCÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M2 (27)	[...] o que é difícil é a questão da correria do dia a dia.	DIFICULDADE DE CONCILIAR AS TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DO FILHO
M2 (28)	[...] não tem aquela coisa do horário, tipo: são 9h, está na hora de fazer a estimulação dela. É difícil ter isso, por causa da correria.	DIFICULDADE DE CONCILIAR AS TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DO FILHO
M2 (29)	Botar, eu boto (ela nas posições indicadas).	PRÁTICA DE ESTIMULAÇÃO EM CASA
M2 (30)	Ela fica assim uns cinco minutinhos, mas quando ela vê que começa a puxar um pouco do esforço dela, ela começa a rejeitar.	DIFICULDADE DA CRIANÇA EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M2 (31)	Mas acho que é normal, ela ficar cansada.	PROTEÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M2 (32)	Quando ela trava, ela não quer fazer mais nenhum posicionamento.	DIFICULDADE DA CRIANÇA EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M2 (33)	O negócio não é que elas façam algo difícil, [...] tudo que elas fazem são coisas comuns (os exercícios na terapia)	INTERESSE EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M2 (34)	[...] só que a gente é que não tem ideia, pelo menos eu, mãe de primeira viagem (de como fazer os exercícios)	DÚVIDAS AO REALIZAR OS EXERCÍCIOS EM CASA
M2 (35)	[...] eu não tenho ideia de como fazer, qual a melhor maneira para não prejudicar os ossinhos dela [...], entendeu??	MEDO DE NÃO SABER CUIDAR
M2 (36)	Eu não tenho, assim, a noção de saber qual o movimento certo [...]	DÚVIDAS AO REALIZAR OS EXERCÍCIOS EM CASA
M2 (37)	[...] mas quando você está lá, você vê que não é nada demais, nada difícil de fazer em casa.	ORIENTAÇÃO RECEBIDA NO SEP PARA ESTIMULAÇÃO NO DOMICÍLIO
M2 (38)	Eu acho bom lá (pausa), eu gosto da moça que atende ela.	SATISFAÇÃO COM O SEP
M2 (39)	Eu não tenho do que reclamar, não. Eu acho bem interessante lá.	SATISFAÇÃO COM O SEP
M2 (40)	Eu acho que ajudou bastante [...]	SATISFAÇÃO COM O SEP
M2 (41)	Eu estou um tempo sem ir por causa da questão do horário. Para mim pegar o ônibus daqui muito cedo [...]	DIFICULDADE DE IR PARA A TERAPIA
M3 (42)	Eu não acreditava muito na Estimulação porque muita gente botava coisa na minha cabeça [...]	PRECONCEITO COM A ESTIMULAÇÃO PRECOCE
M3 (43)	Não! Mas eu vou fazer de tudo que eu puder pela minha filha. Vou ver no que vai dar.	COMPROMISSO COM O ACOMPANHAMENTO NO SEP
M3 (44)	E realmente eu estou começando a ver que já me ensinou muita coisa [...]	SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO NO HOSPITAL

M3 (45)	Aprendi muita coisa com elas, estou gostando muito (pausa).	SATISFAÇÃO COM O SEP
M3 (46)	Desenvolveu muito, da parte motora, que ela era muito paradinha[...]	SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M3 (47)	[...]agora está mais esperta! [...] esperta que só!	SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M3 (48)	[...] "ai, meu Deus, será que eu vou conseguir?" (Revelando seu sentimento primário)	MEDO DE NÃO SABER CUIDAR
M3 (49)	[...]porque eu peguei o transtorno de ansiedade, aí eu me senti insegura, como se fosse mãe de primeira viagem[...]	MEDO DE NÃO SABER CUIDAR
M3 (50)	Assim, com medo de fazer alguma coisa errada, sabe?	MEDO DE NÃO SABER CUIDAR
M3 (51)	Ficava insegura todo o tempo [...]	MEDO DE NÃO SABER CUIDAR
M3 (52)	Aí agora eu estou mais à vontade[...]	SEGURANÇA MATERNA DE CUIDAR
M3 (53)	Estou indo para essa terapia, aí eu peço ajuda a elas e elas me orientam.	ORIENTAÇÃO RECEBIDA NO SEP PARA ESTIMULAÇÃO NO DOMICÍLIO
M3 (54)	Ela só faz brincar! E exercício. E massagem.	PRECONCEITO COM A ESTIMULAÇÃO PRECOCE
M3 (55)	E eu não assisto. Elas dizem que não é bom eu assistir.	EXCLUSÃO MATERNA DA TERAPIA NO SEP
M3 (56)	Às vezes você quer ficar assistindo, para ver, para aprender mais coisa.	INTERESSE EM ASSISTIR À ESTIMULAÇÃO REALIZADA NO SEP
M3 (57)	Elas dizem que não é bom (a mãe ficar na sala) porque a criança fica 'perturbando'[...]	EXCLUSÃO MATERNA DA TERAPIA NO SEP
M3 (58)	[...] mas eu entendo isso (pausa), querendo ficar perto de mim (quando a criança chora).	APEGO ENTRE MÃE E FILHO PREMATURO
M3 (59)	[...]eu acho que era o enjoo dela do começo; aí depois ela parou de chorar nos outros dias.	PROTEÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M3 (60)	Agora ela ama!! (ir para a estimulação)	VÍNCULO DO FILHO PREMATURO COM OS PROFISSIONAIS DO SEP
M3 (61)	No começo falaram para mim que era 40 minutos, aí depois botaram meia hora. Aí eu quis até desistir!	FRUSTAÇÃO COM O SEP
M3 (62)	E tem mais: se eu chego atrasada 10 minutos, ela só fica 20 minutos. Eu acho errado.	FRUSTAÇÃO COM O SEP
M3 (63)	Eu faço de tudo para não chegar mais atrasada porque eu já acho pouco meia hora.	COMPROMISSO COM O ACOMPANHAMENTO NO SEP
M3 (64)	Eu quero trabalhar[...]. Eu quero unir o útil ao agradável. Porque eu quero ajudar meu marido, [...]	DESEJO MATERNO DE AUTONOMIA
M3 (65)	[...] mas não quero que nada impeça eu cuidar da V.	RESPONSABILIDADE MATERNA
M3 (66)	[...] e também eu quero o melhor para ela.	ZÉLO COM O FILHO PREMATURO
M3 (67)	[...] porque o do governo eu não tenho coragem de botar. [...] eu tenho medo de judiarem com ela.	SUPERPROTEÇÃO DO FILHO PREMATURO
M3 (68)	Eu quero comprar uns brinquedos educativos bons, brinquedos de encaixe.	INTERESSE EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M3 (69)	Não só o que é bom, pois eu quero acostumar ela com o bom e o ruim.	PREOCUPAÇÃO COM A FORMAÇÃO DO FILHO PREMATURO
M3 (70)	[...] graças a Deus eu tive sorte, desde o começo, o atendimento lá (pausa) eu tive sorte.	FÉ EM DEUS

M3 (71)	Sempre que eu ia comer, eu sento ela na mesa com o pai dela, para gente comer junto e incentivar ela.	PRÁTICA DE ESTIMULAÇÃO EM CASA
M3 (72)	Aí falava para ela mastigar e ela aprendeu (pausa), ela olhava para a gente, levantava a cabeça assim (pausa).	PRÁTICA DE ESTIMULAÇÃO EM CASA
M3 (73)	[...] o Dr. André disse que ela está ótima, que não vai ter nenhum problema (pausa), ela não vai ficar retardada.	SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO NO HOSPITAL
M3 (74)	Ela é muito esperta, não sabe?	SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M3 (75)	Eu passeio muito com ela e ela já sabe que vai passear, porque ela fica alegre quando vai descendo a escada.	PERCEPÇÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M4 (76)	Está bem o desenvolvimento dela[...] estou achando mais melhor.	SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M4 (77)	[...]agora ela é toda agitada, faz as coisas, mexe os pés, as mãozinhas, a cabeça (pausa).	PERCEPÇÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M4 (78)	Mais ou menos, (risos). É ela que me ajuda (apontando para a cunhada).	AJUDA DE FAMILIARES
M4 (79)	Eu quero (trabalhar)! Quando ela tiver maiorzinha, né?!(pausa) tiver andando.	DESEJO MATERNO DE AUTONOMIA
M4 (80)	Só falo com ela, boto ela no braço; fico falando com ela (pausa).	ESTIMULAÇÃO PRECÁRIA REALIZADA EM CASA
M4 (81)	Ela faz um monte de coisinhas, mexe nas mãozinhas, é da cabeça, no corpinho dela, para desenvolver o jeito dela.	PERCEPÇÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M4 (82)	Elas ensinam a gente.	ORIENTAÇÃO RECEBIDA NO SEP PARA ESTIMULAÇÃO NO DOMICÍLIO
M4 (83)	Mais ou menos; porque as vezes ela se estressa.	DIFICULDADE DA CRIANÇA EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M4 (84)	Ficar indo para lá, fazer a estimulação. Fazer o que elas mandam fazer (em casa).	COMPROMISSO COM O ACOMPANHAMENTO NO SEP
M4 (85)	Até agora, está tudo bem.	SEGURANÇA MATERNA DE CUIDAR
M5 (86)	Está muito diferente. É, pelo tamanho, pelo jeito que ela nasceu, para agora (pausa), está diferente[...]	PERCEPÇÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M5 (87)	Ela está reagindo bem, não é?!	SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M5 (88)	[...]só está sendo um pouco difícil porque meu marido está parado, não está trabalhando.	DIFICULDADE FINANCEIRA
M5 (89)	[...]já quando ela dorme, eu vou para outra[...] Às vezes fica na minha cama, quando não é, no berço[...]tem vez que ela quer braço.	DIFICULDADE DE CUIDAR DO FILHO PREMATURO SOZINHA
M5 (90)	É apegadinho a ela, conversa é muito com ela.	PARTICIPAÇÃO PATERNA NA ESTIMULAÇÃO EM CASA
M5 (91)	Só estímulo assim (pausa), converso, não é? "neném"(pausa), falo um bocado de coisas, brinco com ela (pausa).	PRÁTICA DE ESTIMULAÇÃO EM CASA
M5 (92)	[...]só porque do horário, não é?! Que é para mim estar lá três e meia da tarde e eu acho muito quente.	DIFICULDADE DE IR PARA A TERAPIA

M5 (93)	Por isso me botaram uma vez na semana. E também, por ele não estar trabalhando, é dinheiro de passagem (pausa).	DIFICULDADE FINANCEIRA
M5 (94)	[...] que ela aprenda muitas (pausa), ficar sentadinha, conversar, a brincar (pausa).	EXPECTATIVA DE BOM DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M5 (95)	[...]eu fiquei morrendo de medo de dar alguma coisa, mas graças a Deus que não deu nada.	FÉ EM DEUS
M5 (96)	Assim, passaram muito remédio, eu tive que me orientar muito, eu estava morrendo de medo [...]	MEDO DE NÃO SABER CUIDAR
M5 (97)	Eu tinha plano assim para trabalhar [...] eu queria arrumar um trabalho, para ajudar ele, né, que é só ele para pagar aluguel e tudo.	DESEJO MATERNO DE AUTONOMIA
M6 (98)	A gente coloca ela no chão, aí tipo, quem vê pensa que está é matando.	DIFICULDADE DA CRIANÇA EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M6 (99)	Ela grita, ela chora, ela se <i>esberra</i> , ela se joga no chão, não quer ficar no chão de jeito nenhum.	DIFICULDADE DA CRIANÇA EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M6 (100)	[...]quando vão fazer a estimulação dela lá, para ela andar, é um grito, é um show!! Não tem condição de jeito nenhum!	DIFICULDADE DA CRIANÇA EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M6 (101)	Aí é mais ou menos: parar. Porque uma hora, mais cedo ou mais tarde ela vai andar, por conta própria. Forçar é pior.	PROTEÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M6 (102)	Fazia tempo que eu estava na fila de espera. Procurava num canto e noutro, e não achava.	PERSISTÊNCIA NA PROCURA POR ACOMPANHAMENTO
M6 (103)	[...]a neném não é aquela menina que é danada, que fica direto chorando, não quer estar direto em cima da gente.	ORGULHO DO FILHO PREMATURO
M6 (104)	Ela fica assim meio aperreada quando ela está com fome, quando ela está com sono (pausa).	PROTEÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M6 (105)	Pelo um lado é bom, pelo um lado é ruim (risos). O lado ruim é que você não tem liberdade para sair, não pode sair para nenhum canto.	RESTRICÃO MATERNA DA VIDA PESSOAL
M6 (106)	E deixar ela com os outros, eu não deixo, que eu tenho medo assim dela chorar [...].	SUPERPROTEÇÃO DO FILHO PREMATURO
M6 (107)	Eu quis engravidar cedo. Eu tinha curiosidade de saber o que é mãe, saber como é ser mãe.	VONTADE DE SER MÃE
M6 (108)	Foi porque eu quis. Melhor cedo do que tarde. Melhor cedo que depois dos 20. Depois dos 20 você perde muito mais tempo.	VONTADE DE SER MÃE
M6 (109)	[...]O ruim é que eu não posso mais ser mãe. Porque eu tive eclampsia, tive que tirar ela às pressas, aí ela nasceu com risco de vida.	VONTADE DE SER MÃE
M6 (110)	Cuida, ele (o pai) é bem observador. Sempre ele sai para passear (com ela) quando chega de noite.	PARTICIPAÇÃO PATERNA NA ESTIMULAÇÃO EM CASA
M6 (111)	Ele brinca com ela, ele sai para passear (pausa). Aqui, acolá ele troca uma fralda.	PARTICIPAÇÃO PATERNA NA ESTIMULAÇÃO EM CASA
M6 (112)	[...]até esse ano, o resto desse ano eu vou ficar só com ela, não é?	APEGO ENTRE MÃE E FILHO PREMATURO
M6 (113)	Mas no próximo ano, eu vou voltar a estudar a noite[...]	DESEJO MATERNO DE AUTONOMIA
M6 (114)	Se der para eu trabalhar, eu vou trabalhar.	DESEJO MATERNO DE AUTONOMIA
M6 (115)	[...]pago uma pessoa para ficar com ela, ou então a avó dela fica com ela.	AJUDA DE FAMILIARES

M6 (116)	Para ajudar dentro de casa, comprar as coisas para ela (pausa), depender de mim mesma.	DESEJO MATERNO DE AUTONOMIA
M6 (117)	Se existe uma coisa pior no mundo, é depender de alguém.	DESEJO MATERNO DE AUTONOMIA
M6 (118)	[...]ela não fica sentadinha assim no chão. No chão ela não quer ficar.	DIFICULDADE DA CRIANÇA EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M6 (119)	Ela fica (no chão) se tiver uma pessoa ali do lado dela, observando ela.	DIFICULDADE DA CRIANÇA EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M6 (120)	Mas, sozinha ela não fica (no chão). Sozinha ela não fica de jeito nenhum.	DIFICULDADE DA CRIANÇA EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M6 (121)	E ela fica aqui brincando (apontando para a cama). Às vezes meu irmão desce, fica brincando com ela (pausa).	AJUDA DE FAMILIARES
M6 (122)	Está bom, está ótimo!	SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M6 (123)	Depois que a neném entrou ela ficou mais esperta, se desenvolveu melhor.	SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M6 (124)	Ela era toda durinha, toda desengonçada[...]	PERCEPÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M6 (125)	[...] agora está melhorzinha.	PERCEPÇÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M6 (126)	Tudo que elas pedem para mim fazer, se eu tiver condição, eu faço. Se der para mim comprar, eu compro.	COMPROMISSO COM O ACOMPANHAMENTO NO SEP
M6 (127)	O que espero é que a neném consiga andar, o mais rápido possível, não é? Que ela se desenvolva melhor.	EXPECTATIVA DE BOM DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M6 (128)	O ruim é que ela vai parar de ir lá para as meninas, (risos). Por que ela já é acostumada já a sempre ir [...].	VÍNCULO DO FILHO PREMATURO COM OS PROFISSIONAIS DO SEP
M7 (129)	Depois que ela começou a fazer as fisioterapias lá no Gonzaguinha, o desenvolvimento dela ficou melhor.	SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M7 (130)	Porque antes dela fazer, ela ainda tinha o pescozinho mole.	PERCEPÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M7 (131)	[...]ela veio endurecer depois que ela começou as sessões.	SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M7 (132)	[...]a gente falava com ela e ela ainda não observava, não prestava muita bem atenção no brinquedo [...]	PERCEPÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M7 (133)	Eu fiquei desesperada quando ela nasceu, quando eu vi a cor dela. E demorou a reagir [...]. Eu pensei que ela não ia escapar.	PERCEPÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M7 (134)	Foi (encaminhada ao nascer), mas não tinha vaga.	DIFICULDADE DE VAGA NO SERVIÇO HOSPITALAR
M7 (135)	[...] Eu tinha medo, medo dela se engasgar, medo de tudo[...]até medo de dar as medicações dela, eu tinha.	MEDO DE NÃO SABER CUIDAR
M7 (136)	[...] eu não boto ela assim no chão porque ela não senta firme ainda.	PERCEPÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M7 (137)	Eu boto ela mesmo mais é na cama.	ESTIMULAÇÃO PRECÁRIA REALIZADA EM CASA

M7 (138)	Ela está começando a sentar agora[...]	PERCEPCÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M7 (139)	[...]ela vive muito gripada, e às vezes ela falta muito as sessões.	PROTEÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M7 (140)	[...] se estiver chovendo, alguma coisa assim, aí se tiver com dinheiro, a gente pede um carro.	COMPROMISSO COM O ACOMPANHAMENTO NO SEP
M7 (141)	Eu fico ansiosa, na espera do desenvolvimento dela, para saber como ela vai ficar[...]	EXPECTATIVA DE BOM DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M7 (142)	[...] como é que vai ser o jeito dela, não é? Se ela vai agir assim, como uma criança normal, não é?	EXPECTATIVA DE BOM DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M7 (143)	Se ela vai ser muito agitada, se ela vai ser (pausa), se ela vai perceber que ela tem alguma diferença...!	EXPECTATIVA DE BOM DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M7 (144)	[...] eu olho para ela, não sinto que ela tem (diferença), porque ela age como uma criança normal.	PROTEÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M7 (145)	Porque até então ela está com os movimentos dela, ela faz tudo que um bebê normal faz. Só que é um pouco mais atrasado.	PERCEPCÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M7 (146)	Porque era assim que Deus tinha planejado, para mim ter ela assim.	FÉ EM DEUS
M7 (147)	Mas, assim, eu acho que o problema dela não é tão grave, não é tão sério, que ela já estar se recuperando.	PERCEPCÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M7 (148)	Ah, eu fico morta de feliz! Não vejo a hora dela estar andando!	SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M7 (149)	Ela mastiga, come direito.	PERCEPCÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M7 (150)	Ela não faz mesmo é gostar da fruta e da sopa, é do paladar mesmo, do gosto.	PROTEÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M7 (151)	O negócio dela é querer tomar mingau.	PROTEÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M7 (152)	Mas eu ofereço, é que realmente ela não gosta muito.	PROTEÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M7 (153)	É ajudar mesmo no movimento, porque como ela vai fazer 10 meses, ela não senta direito.	PRÁTICA DE ESTIMULAÇÃO EM CASA
M7 (154)	[...]eu fico lutando para ela sentar.	PRÁTICA DE ESTIMULAÇÃO EM CASA
M7 (155)	[...]por enquanto elas estão ajudando mesmo ela no sentar dela.	SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M7 (156)	[...]porque ela não gosta muito de ficar só com as meninas[...]	PROTEÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M7 (157)	Aí eu acabo ficando lá dentro. Quando eu saio, ela chora muito.	APEGO ENTRE MÃE E FILHO PREMATURO
M7 (158)	[...]elas disseram que ela tem que estar sempre apoiada, porque ela tem que ficar sempre com o pezinho apoiado [...]	ORIENTAÇÃO RECEBIDA NO SEP PARA ESTIMULAÇÃO NO DOMICÍLIO
M7 (159)	Ela está assim naquela fase de estranhar.	PROTEÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M7 (160)	Porque a Érika (T.O.) faz, a Cláudia (FISIO) faz, para mim é a mesma coisa, eu acho tudo parecido.	FALHA NA INTERAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO SEP COM A MÃE

M7 (161)	Eu acabo achando que as duas é a mesma coisa [...].	FALHA NA INTERAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO SEP COM A MÃE
M7 (162)	Eu ainda não perguntei, não (explicação sobre o que fazem)	FALHA NA INTERAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO SEP COM A MÃE
M7 (163)	[...]eu andei em vários cantos atrás do acompanhamento dela, e eu não conseguia.	PERSISTÊNCIA NA PROCURA POR ACOMPANHAMENTO
M7 (164)	Está bom lá, eu estou gostando. Principalmente com as meninas, que eu estou vendo a diferença. [...]	SATISFAÇÃO COM O SEP
M7 (165)	[...] ela ainda não estava durinha, o pescoço mole, ainda não estava durinha, e ela não observava o que a gente mostrava a ela.	PERCEPÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M7 (166)	Mas dessa vez ela já interagiu todinha, totalmente.	PERCEPÇÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M7 (167)	[...] estavam só esperando a filha dela andar para poderem elas dar alta à bebê, e minha não consegue nem sentar direito (pausa).	EXPECTATIVA DE BOM DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M8 (168)	Eu vi que mudou muito, porque quando ela começou ela era um pouco atrasada.	PERCEPÇÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M8 (169)	Ela entrou novinha, por isso que ela conseguiu, assim, por mais que ela fosse prematura [...]	PERCEPÇÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M8 (170)	[...] por mais que fosse atrasada, ela conseguia fazer as coisas. Porque ela estava lá.	PERCEPÇÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M8 (171)	[...] eu não podia ir muito, porque eu estudava pela manhã, aí quem sempre foi, foi minha mãe.	AJUDA DE FAMILIARES
M8 (172)	Eu fui poucas vezes. Só quando estava de férias. Ou quando tinha uma folga da escola [...]	DIFICULDADE DE IR PARA A TERAPIA
M8 (173)	[...] mas sempre quem ia com ela era a minha mãe.	AJUDA DE FAMILIARES
M8 (174)	Sempre teve resultado. A gente sempre viu que sempre foi melhorando.	SATISFAÇÃO COM O SEP
M8 (175)	Ela sempre foi fazendo as coisinhas, sentando, engatinhando (pausa).	PERCEPÇÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M8 (176)	É. Quando eu ia, elas me falavam. Quando ela ia, elas falavam para ela também.	ORIENTAÇÃO RECEBIDA NO SEP PARA ESTIMULAÇÃO NO DOMICÍLIO
M8 (177)	Era difícil porque algumas coisas ela não aceitava, ela não gostava, ela chorava (pausa).	DIFICULDADE DA CRIANÇA EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M8 (178)	Tipo assim, botar a barriga para baixo, ela não gostava muito, não é?!	DIFICULDADE DA CRIANÇA EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M8 (179)	Aí ela dizia: não, mas você tem que colocar, porque por mais que ela chore, ela tem que ficar um pouquinho.	ORIENTAÇÃO RECEBIDA NO SEP PARA ESTIMULAÇÃO NO DOMICÍLIO
M8 (180)	Depois ela começou a se acostumar.	PROTEÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M8 (181)	É, quem cuida mais dela, assim, é a minha mãe, que ela não sai mais.	AJUDA DE FAMILIARES
M8 (182)	Quando ela era pequenininha, a gente tinha que ter mais cuidado, a gente queria ter mais cuidado.	ZÉLO COM O FILHO PREMATURO
M8 (183)	Porque ela era prematura e sempre tinha a questão de ter mais cuidado.	ZÉLO COM O FILHO PREMATURO

M8 (184)	Só que era normal, era assim, ela nunca foi de viver doente, era poucas vezes que ela adoeceu.	ZÉLO COM O FILHO PREMATURO
M8 (185)	A gente não via, (risos), era lá dentro.	EXCLUSÃO MATERNA DA TERAPIA NO SEP
M8 (186)	Elas estimulavam lá ela ficar (pausa), para tudo, não é?! Para sentar, para rolar (pausa), para engatinhar, para pegar as coisas, [...]	ORIENTAÇÃO RECEBIDA NO SEP PARA ESTIMULAÇÃO NO DOMICÍLIO
M8 (187)	Só que a gente não entrava, não.	EXCLUSÃO MATERNA DA TERAPIA NO SEP
M8 (188)	Elas ficam sozinhas com a criança lá.	EXCLUSÃO MATERNA DA TERAPIA NO SEP
M8 (189)	Não; só entrava quando elas chamavam para orientar alguma coisa.	INTERESSE EM ASSISTIR À ESTIMULAÇÃO REALIZADA NO SEP
M8 (190)	Na maioria das vezes, elas ficavam só com a neném lá.	EXCLUSÃO MATERNA DA TERAPIA NO SEP
M8 (191)	Não, as vezes que eu vi[...] era com algum objeto de chocalho, para puder ela seguir o som, pra puder ela ver, seguir com os olhos.	ORIENTAÇÃO RECEBIDA NO SEP PARA ESTIMULAÇÃO NO DOMICÍLIO
M8 (192)	As vezes que eu vi, assim, porque as outras vezes quem ia era a minha mãe e depois que ela ficou maiorzinha, elas entravam só com ela, a gente ficava só lá fora.	EXCLUSÃO MATERNA DA TERAPIA NO SEP
M8 (193)	A minha mãe estava em casa, ela me ajudava.	AJUDA DE FAMILIARES
M8 (194)	Ela ficava no braço, no carrinho e na rede-berço. A gente botava aqui na sala e ela ficava na redinha-berço.	ESTIMULAÇÃO PRECÁRIA REALIZADA EM CASA
M8 (195)	Com cinco ou seis meses ela começou a ir para o chão, porque ela começou a querer sentar.	PERCEPÇÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M8 (196)	Aí elas disseram que a gente já podia colocar ela mais no chão.	ORIENTAÇÃO RECEBIDA NO SEP PARA ESTIMULAÇÃO NO DOMICÍLIO
M8 (197)	A gente botava uns brinquedinhos perto e deixava ela deitadinha de barriga para baixo.	PRÁTICA DE ESTIMULAÇÃO EM CASA
M8 (198)	Aí quando ela foi começando a sentar, a gente colocava almofada, que era para caso ela cair, não é?!	ZÉLO COM O FILHO PREMATURO
M8 (199)	O pai dela não mora com a gente, não. Mas tem contato. Ele sempre vem aqui em casa. Dia de domingo ele leva ela para passar o dia com ele.	PARTICIPAÇÃO PATERNA NA ESTIMULAÇÃO EM CASA
M8 (200)	Logo que ela vê (o pai), ela chora, porque ela não está acostumada, mas depois ela pronto.	FRÁGIL VÍNCULO PATERNO COM O FILHO
M8 (201)	É difícil, é complicado. Porque, querendo ou não, prende muito.	RESTRICÃO MATERNA DA VIDA PESSOAL
M8 (202)	Não prende tanto, porque a minha mãe fica muito com ela.	AJUDA DE FAMILIARES
M8 (203)	Até quem cuida mais é a minha mãe do que tanto eu[...].	AJUDA DE FAMILIARES
M8 (204)	[...]mas prende, prende muito a pessoa.	RESTRICÃO MATERNA DA VIDA PESSOAL
M8 (205)	A pessoa, querendo ou não, tem que criar responsabilidade bem antes do que as minhas outras amigas, ter mais maturidade[...]	RESPONSABILIDADE MATERNA
M8 (206)	[...] que até mesmo eu já sou mãe, eu tenho uma filha.	RESPONSABILIDADE MATERNA
M8 (207)	É bom, é muito bom. [...] Mas é bom.	SATISFAÇÃO COM A MATERNIDADE
M8 (208)	É estressante, às vezes, porque (risos) às vezes ela tira todo mundo do sério, porque ela não pára.	DIFICULDADE EM CUIDAR DO FILHO SOZINHA

M8 (209)	Eu só tenho a agradecer. Porque tudo que eles fizeram lá, eu sei que foi para o bem dela.	GRATIDÃO AOS PROFISSIONAIS DO SEP
M8 (210)	[...] eu acho que, botando assim, sempre mostrando as coisas para ela, as coisas novas; não prendendo demais.	PRÁTICA DE ESTIMULAÇÃO EM CASA
M8 (211)	Porque a criança que é muito presa também não consegue fazer as coisas.	INTERESSE EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M8 (212)	Assim, tipo não ter muito medo de deixar ela fazer aquilo, porque "Ai, ela pode cair!", mas também ter cuidado.	PREOCUPAÇÃO COM A FORMAÇÃO DO FILHO PREMATURO
M8 (213)	[...]o probleminha dela é que ela é um pouco mais atrasada. As mesmas coisas que um bebê normal faz, ela faz [...]	ORGULHO DO FILHO PREMATURO
M8 (214)	Ela fica só andando agora, na casa todinha.	PERCEPÇÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M8 (215)	E eu fico muito feliz mesmo dela ter se desenvolvido tão rápido! Fico aliviada dela estar andando assim.	SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M8 (216)	Ela balança a neném, fala com a neném (boneca).	PERCEPÇÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M8 (217)	Eu acho importante (brincar), porque tanto desenvolve com toma o tempo. Eles conseguem usar a imaginação (pausa).	PREOCUPAÇÃO COM A FORMAÇÃO DO FILHO PREMATURO
M8 (218)	Eu acho muito importante a criança brincar, não assim sempre, tem que ter o horário e tudo.	PREOCUPAÇÃO COM A FORMAÇÃO DO FILHO PREMATURO
M8 (219)	Sempre eles me trataram bem, tanto eu quanto ela, não vi nada de errado lá.	SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO NO HOSPITAL

## APÊNDICE D

### RECORTE E SÍNTESE DOS SIGNIFICADOS

RECORTE EXPRESSIVOS	UNIDADES DE SIGNIFICADOS
M6 (107, 108, 109)	I- VONTADE DE SER MÃE
M3 (66); M8 (182, 183, 184, 198)	II- ZÊLO COM O FILHO PREMATURO
M3 (52); M4 (85)	III- SEGURANÇA MATERNA DE CUIDAR
M6 (102); M7 (163)	IV- PERSISTÊNCIA NA PROCURA POR ACOMPANHAMENTO
M3 (43, 63); M4 (84); M6 (126); M7(140)	V- COMPROMISSO COM O ACOMPANHAMENTO NO SEP
M3 (65); M8 (205, 206)	VI- RESPONSABILIDADE MATERNA
M7 (); M8 (207)	VII- SATISFAÇÃO COM A MATERNIDADE
M3 (69); M8 (212, 217, 218)	VIII- PREOCUPAÇÃO COM A FORMAÇÃO DO FILHO PREMATURO
M1 (6); M2 (31); M3 (59); M6 (101, 104.); M7 (139, 144, 150, 151, 152, 156, 159); M8 (180)	IX- PROTEÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M1 (17); M3 (58); M6 (112); M7 (157, 158)	X- APEGO ENTRE MÃE E FILHO PREMATURO
M1 (5); M2 (22, 23, 24, 25, 26); M3 (75); M4 (77, 81); M5 (86); M6 (125); M7 (138, 147, 149, 166); M8 (168, 169, 170, 175, 195, 214, 216)	XI- PERCEPÇÃO DE PROGRESSO NO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M6 (103); M8 (213)	XII- ORGULHO DO FILHO PREMATURO
M1 (7, 18); M2 (21); M3 (46, 47, 74, 76); M5 (87); M6 (122, 123); M7 (129, 131, 148, 155); M8 (215)	XIII- SATISFAÇÃO COM A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M3 (67); M6 (106)	XIV- SUPERPROTEÇÃO DO FILHO PREMATURO
M6 (124); M7 (130, 132, 133, 136, 145, 165)	XV- PERCEPÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO FILHO PREMATURO
M1 (10); M5 (94); M6 (127); M7 (141, 142, 143, 167)	XVI- EXPECTATIVA DE BOM DESENVOLVIMENTO DO FILHO PREMATURO
M3 (56); M8 (189)	XVII- INTERESSE EM ASSISTIR À ESTIMULAÇÃO REALIZADA NO SEP
M2 (37); M3 (53); M4 (82); M7 (158); M8 (176, 179, 186, 191, 196)	XVIII- ORIENTAÇÃO RECEBIDA NO SEP PARA ESTIMULAÇÃO NO DOMICÍLIO
M1 (19); M8 (209)	XIX- GRATIDÃO AOS PROFISSIONAIS DO SEP
M1 (11, 12, 14); M3 (44, 73); M8 (219)	XX- SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO NO HOSPITAL
M2 (38, 39, 40); M3 (45); M7 (164); M8 (174)	XXI- SATISFAÇÃO COM O SEP
M3 (60); M6 (128)	XXII- VÍNCULO DO FILHO PREMATURO COM OS PROFISSIONAIS DO SEP
M3 (42, 54)	XXIII- PRECONCEITO COM A ESTIMULAÇÃO PRECOCE
M3 (55, 57); M8 (185, 187, 188, 190, 192)	XXIV- EXCLUSÃO MATERNA DA TERAPIA NO SEP
M3 (61, 62)	XXV- FRUSTAÇÃO COM O SEP

M7 (160, 161, 162)	XXVI- FALHA NA INTERAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO SEP COM A MÃE
M2 (35); M3 (48, 49, 50, 51); M5 (96); M7 (135)	XXVII- MEDO DE NÃO SABER CUIDAR
M2 (34, 36)	XXVIII- DÚVIDAS AO REALIZAR OS EXERCÍCIOS EM CASA
M6 (105); M8 (201, 204)	XXIX- RESTRIÇÃO MATERNA DA VIDA PESSOAL
M3 (64); M4 (79); M5 (97); (113, 114, 116, 117)	XXX- DESEJO MATERNO DE AUTONOMIA
M7 (134)	XXXI- DIFICULDADE DE VAGA NO SERVIÇO HOSPITALAR
M2 (41); M5 (92); M8 (172)	XXXII- DIFICULDADE DE IR PARA A TERAPIA
M1 (15, 16); M5 (89); M8 (208)	XXXIII- DIFICULDADE EM CUIDAR DO FILHO PREMATURO SOZINHA
M1 (1, 4, 13); M2 (27, 28)	XXXIV- DIFICULDADE DE CONCILIAR AS TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DO FILHO
M2 (30, 32); M4 (83); M6 (98, 99, 100, 118, 119, 120); M8 (177, 178)	XXXV- DIFICULDADE DA CRIANÇA EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M5 (88, 93)	XXXVI- DIFICULDADE FINANCEIRA
M1 (8, 9)	XXXVII- LIMITAÇÃO NA ESTIMULAÇÃO DOMICILIAR POR CARÊNCIA DE RECURSOS MATERIAIS
M4 (80); M7 (137); M8 (194)	XXXVIII- ESTIMULAÇÃO PRECÁRIA REALIZADA EM CASA
M2 (20, 29); M3 (71, 72); M5 (91); M7 (153, 154); M8 (197, 210)	XXXIX- PRÁTICA DE ESTIMULAÇÃO EM CASA
M2 (33); M3 (68); M8 (211)	XL- INTERESSE EM COLABORAR COM A ESTIMULAÇÃO EM CASA
M5 (90); M6 (110, 111); M8 (199)	XLI- PARTICIPAÇÃO PATERNA NA ESTIMULAÇÃO EM CASA
M8 (200)	XLII- FRÁGIL VÍNCULO PATERNO COM O FILHO
M4 (78); M6 (115); M8 (171, 173, 181, 193, 202, 203)	XLIII- AJUDA DE FAMILIARES
M1 (2), M3 (70), M5(95); M7 (146)	XLIV- FÉ EM DEUS

# APÊNDICE E

## TECNOLOGIA EDUCATIVA

### SUGESTÕES PARA O PAPAÍ



[www.mundodostibicos.com](http://www.mundodostibicos.com)

- Passe bastante tempo com seu filho. Acompanhe o desenvolvimento dele.



[pt.daportfolivideo.com](http://pt.daportfolivideo.com)

- Coloque-o sentado sobre o seu peito, com as pernas afastadas. Brinque e converse com seu filho.



[mdemulher.abril.com.br](http://mdemulher.abril.com.br)

- Compartilhe dos cuidados do seu filho junto com a mãe.

### A HORA DE DORMIR



[matemajapao.blogspot.com](http://matemajapao.blogspot.com)

- Respeite o sono do seu bebê.
- Quando ele for dormir logo após a mamada, coloque-o para arrotar e depois ponha-o deitado de lado, para facilitar a digestão e evitar engasgos. Lembre-se de alternar os lados.
- A posição lateral também é muito boa para dormir, pois a força da gravidade traz as pernas do bebê para a linha média, ajudando-o a relaxar.

### AMAMENTE SEU FILHO



[brasilbabycenter.com](http://brasilbabycenter.com)

- Evite rachaduras: exponha os seios ao sol, pela manhã, por 15 minutos, aplicando leite materno nos mamilos.
- Evite a limpeza excessiva das mamas, o banho diário já é suficiente.
- Amamente seu bebê em um lugar tranquilo e sente-se confortavelmente.
- Seu bebê deve estar com a cabeça alinhada ao corpo, encostando a barriga na sua.
- Para a pega correta, a boca do bebê deve estar bem aberta com os lábios virados para fora.
- Olhe nos olhos do seu bebê, sorria e converse com ele.
- Demonstre o seu amor com gestos de carinho. O toque sobre a pele do seu bebê deve ser firme e agradável.
- Aproveite cada momento para estar com seu filho.

SERVIÇO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE-SEP  
HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DE  
MESSEJANA  
FORTALEZA-CEARÁ-BRASIL  
2016

### A MÃE E SEU BEBÊ



[blog.maeanaodomem.com](http://blog.maeanaodomem.com)

### em casa

Serviço de  
Estimulação Precoce

SEP  
Gonzaguinha de Messejana

### ESTIMULAÇÃO E BRINCADEIRA



[revistacriancas.uol.com.br](http://revistacriancas.uol.com.br)

- Estimule todos os sentidos do seu bebê: visão, audição, olfato, tato e gustação.
- Lembre-se de estimular seu filho com brincadeiras variadas, para despertar o interesse dele.
- Favoreça vários posicionamentos para facilitar a evolução do desenvolvimento do seu bebê.
- Ao colocá-lo sentado, fique nas costas dele e puxe-o em sua direção para que fique bem ereto.
- Sempre converse e cante para seu filho.

### EVITE ACIDENTES



[queresdormir.com](http://queresdormir.com)



[pt.alfavox.com](http://pt.alfavox.com)



[www.jogandocriancas.org](http://www.jogandocriancas.org)

- Ofereça brinquedos variados e adequados para a idade do seu bebê. Não devem ser pontiagudos para não machucar seu filho, ou pequenos demais que possam ser engolidos.
- Nunca deixe seu filho sozinho na banheira, mesmo com água rasa.
- Não ponha cordões em volta do pescoço do bebê.

### A HORA DO BANHO

- Coloque próximo os objetos que vai precisar antes de iniciar o banho.
- Limpe o seu bebê antes de colocá-lo na banheira.
- Evite movimentos bruscos. Coloque seu bebê suavemente na banheira, para que ele não se assuste.
- A temperatura da água deve estar agradável e você deve ir molhando aos poucos o bebê.
- Para mudar a posição do bebê durante o banho, role-o no seu antebraço.
- Passe uma esponja apropriada para fazer estímulos na pele do bebê.



[molestarang.de.com.br](http://molestarang.de.com.br)



[www.grupodocriancas.com.br](http://www.grupodocriancas.com.br)

### A TROCA DE FRALDAS



[www.coisasdeamig.com.br](http://www.coisasdeamig.com.br)

- Ponha tudo que vai precisar próximo à você.
- Role o bebê de lado para fazer a limpeza. Não erga as pernas dele, pois pode provocar o refluxo de alimentos, além de levar mais sangue para a cabeça.

- Limpe o bebê na posição lateral, da frente para trás.
- Ainda na posição de lado, coloque a fralda limpa, depois de passar um creme para evitar assaduras.
- Não aperte muito a fralda do seu filho, para não causar desconforto.
- Para bebês que têm as pernas bem abertas: amasse o volume de fralda que fica entre as coxas, para não separá-las mais ainda. Se o bebê tem as pernas bem juntinhas, deixe o volume de fralda para separá-las.

### MANEIRAS DE CARRGAR O BEBÊ NOS BRAÇOS



[www.wikihow](http://www.wikihow)



[www.nidoln.nl.gov](http://www.nidoln.nl.gov)



[cariobabes.com](http://cariobabes.com)



[www.mother.com.br](http://www.mother.com.br)

- É importante que seu filho experimente todas as posições.
- Para evitar que os braços dele fiquem abertos, segure o bebê em forma de cadeirinha, com as costas apoiadas em seu peito, de forma que os braços dele fiquem livres à sua frente. Assim, seu filho vai poder observar melhor o ambiente em sua volta.
- Evite que a cabeça do bebê fique jogada para trás.
- Cuidado para que as pernas dele não fiquem muito fechadas ou muito abertas. Se forem fechadas, segure o bebê apoiado na lateral de sua barriga.
- Para mudar da posição deitada para sentada: primeiro role o bebê de lado e o impulsione pelo ombro ou pelo quadril, para que ele participe do movimento.



[www.alfavox.com.br](http://www.alfavox.com.br)



[de.wikihow.com](http://de.wikihow.com)

## APÊNDICE F

### ENTREVISTAS MATERNAS EM DOMICÍLIO

Primeira Entrevista 08/maio/2015

Mãe da criança C1, 29 anos, prematuro de 32 semanas.

#### OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA:

Família composta por pai, mãe e filho. Casa térrea recém comprada, ainda em tijolo aparente, sem calçada, só areia na entrada. Piso de cerâmica branca lisa, ambiente limpo. Cômodos: pequeno compartimento vazio na entrada da casa com estrutura de quarto, alguns brinquedos pelo chão, rede armada no cômodo da frente (criança dorme de rede), pequeno corredor de acesso antes da estreita cozinha com armário de louças, fogão e geladeira; banheiro paralelo, com banheira plástica no chão; quarto com caixas e móveis desmontados penderes da mudança recente; pequeno quintal; casa ainda em obras. Mãe carinhosa e tranquila. Pai ausente no momento da entrevista, trabalha em jardins. Moram em rua ampla e tranquila, em área bem localizada, próximo a BR 116.

P- COMO ESTÁ SENDO A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR DE SEU FILHO EM CASA?

M1 - Eu levanto 5h da manhã, já faço o almoço para ele (marido) levar, aí o C1 já está acordado, eu já tenho que cuidar dele, arrumar, fazer o mingau, fazer alguma coisa para ele, né? Mas é porque é muita coisa, né? Aí é uma correria. Mas está dando tudo certo, graças a Deus. Eu estou vendo, assim, que ele está evoluindo muito rápido.

P- O QUE VOCÊ ACHA QUE DÁ PARA FAZER EM CASA DE ESTIMULAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DELE?

M1 - Assim, a estimulação está sendo muito boa. Do jeito que as meninas (pausa) eu tento fazer do jeito que elas pedem, mas é muita coisa, né? Assim, eu coloco ele na cadeira, né? Fico andando com ele, eu coloco a fralda nele aqui, né? Para ele começar a andar. E coloco mais ele em pé, boto alguma coisa na parede ali para ele ficar pegando, chamando a atenção dele, né?

P- COMO VOCÊ VÊ O DESENVOLVIMENTO DELE?

M1 - Quando eu saí do canguru com ele, ele só dormia. Aí depois que eu comecei a estimulação, ele já faz muita coisa. Ele já sobe no sofá sozinho (pausa) sofá do vizinho, né? Que aqui eu não tenho (pausa). Eu estou na rede, ele já entra para dentro da rede sozinho.

P- O QUE MAIS QUE ELE FAZ?

M1 - Ele já fica em pé, às vezes ele cai, mas as vezes ele fica, fica sozinho (pausa). Vai (falando com o filho, incentivando-o a ficar de pé naquele momento) porque ele está na frente de alguém, ele fica com vergonha (pausa). Também começou arrastando a barriga, mas agora ele já está engatando (pausa) pega qualquer coisa, aí tira a tampa do garrafão, por exemplo (pausa) bom para mim, que eu estou vendo assim o desenvolvimento dele.

P- COMO ESTÁ A ALIMENTAÇÃO DELE?

M1 - Ele come bem direitinho, eu faço frango (pausa). Era para eu tentar mais colocar ele numa cadeira para comer, mas eu só tenho essa cadeira aqui. Era para ter uma cadeira de plástico assim para ficar da altura dele, para ele começar a andar, para ele poder, que já está no tempo dele andar, né? Já está com mais de

um ano. Também tem uma coisa, é que ele é muito apegado comigo. Ele está chorando muito lá na hora que ele está fazendo. Eu conversei até com a Aline (fisioterapeuta) por causa que o C1, ele à noite ainda acorda três vezes para mamar, que ele está muito viciado no peito, aí eu falei para ela e ela perguntou, "ele come bem?", come, mas é que ele está é viciado! Aí eu estou deixando, ele está chorando, aí eu balanço ele na rede, aí ele dorme, não sabe? Mas quando é cinco horas da manhã ele já está acordado, todo dia.

P- O QUE ACHA DA ESTIMULAÇÃO NO GONZAGUINHA?

M1 - É bom, eu gosto muito de lá. A gente é bem recebida. As meninas são muito boas. Cuidam bem direitinho dele. Para mim, lá, o Gonzaguinha foi uma casa, assim, no tempo que o C1 nasceu lá até agora, eu fui bem recebida. Para mim, está tudo bem lá. Graças a Deus.

P- E EM CASA?

M1 - Em casa qualquer coisa, é que eu sou sozinha. Minha família mora no interior. Quando ele dorme, eu faço as coisas. Às vezes eu estou lavando a louça é meia noite, passando pano na casa.

P- TEM MAIS ALGO QUE DESEJA FALAR?

M1 - Não, está tudo bem. Eu só tenho que agradecer. Assim, o período que eu estive lá, eu fui bem recebida, eu não tenho o que dizer. Eu falei para uma colega minha: "Olha, você vai ter seu filho lá no Gonzaguinha, que lá é muito bom". Ela foi e gostou.

P- COMO É PARA VOCÊ SER BEM RECEBIDA?

M1 - As meninas, as enfermeiras de lá de dentro, conversam com a gente. O caso é que ele é 24h, você tá vendo, não tem ninguém aqui, é só nós dois, né? Aí quando eu chego lá e deixo ele com as meninas, ele chora, e não é para ele chorar. Aqui ele mexe em tudo, e lá as meninas colocam os brinquedos e ele nem liga. Só quer estar comigo. Mas, tá bom, está fazendo em casa, você está vendo. Então, está bom.

Segunda Entrevista 08/maio/2015

Mãe da criança C2, 18 anos, prematura 32 semanas.

OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA:

Família composta por pai, mãe e filha, que residem em uma quitinete no andar de cima. Cômodos: sala/cozinha com banheiro e quarto, tudo bem compacto, razoavelmente limpo e organizado. Sala com TV, armário de louças e mesa pequena encostada na parede; cozinha bem pequena de tipo americana com fogão, pia e geladeira. Quando cheguei, fui recebida pela sogra de M2, que mora na quitinete de baixo. C2 estava deitada acordada em uma rede armada na sala, entre o quarto do casal e uma pequena mesa encostada na parede à esquerda da entrada, aonde o pai de C2 almoçava no momento da visita; embaixo da rede dormia um gato. Quarto com cama de casal encostada na parede e aos dois palmos do guarda-roupa. Pais meigos e atenciosos com a filha. A mãe se mostrou bastante carinhosa, pegou a filha nos braços e depois a deitou na cama do quarto para

mostrar, orgulhosa, as peripécias da filha. Família mora em área com saneamento básico inadequado, zona aparentemente 'perigosa'.

P- COMO VOCÊ VÊ O DESENVOLVIMENTO DA SUA FILHA?

M2 – Pronto: assim (pausa) ela não sentava, né? Hoje ela já está sentando. Eu já comecei a botar ela no chão, ela já está ficando mais tempo sentada, ela já não está mais tão *molengona*. Antes ela não fazia isso, ela não levava as mãos até o centro, ela não tinha a questão de brinquedo, de pegar com as duas *mãozinhas*: esse braço aqui era mais *molengão*, agora ela já usa os dois. Antes ela não botava o pé na boca, hoje ela bota.

P- QUAL É A IDADE DELA AGORA?

M2-Vai fazer agora 8 meses, dia 13. Assim (pausa) já está falando *papai* (pausa) né? Deixa eu ver (pausa). Pronto, assim (pausa) já não quer mais ficar sentada, não quer que fique com ela que nem um *bebezinho*, se ela vê um gato, já fica esperando para ir para o chão, para pegar no gato.

P- COMO É PARA VOCÊ CUIDAR DELA EM CASA?

M2- Assim (pausa) o que é dificultoso é a questão da correria do dia a dia. Tipo assim, acordar, aí tem que arrumar a casa, fazer *sopinha* (pausa) aí quando você vê já tem que botar menino para dormir, já tem que limpar fralda (pausa) aí vai indo nessa correria, você acaba esquecendo de fazer a estimulação. Devido à correria, não tem aquela coisa do horário, tipo, são 9 horas, está na hora de fazer a estimulação dela. É difícil ter isso, por causa da correria. E assim (pausa) mas quando eu faço, o dificultoso é botar ela de bruços, que ela não aceita muito bem (pausa) ela não gosta (pausa) a questão da tala, ela não gosta da tala, que o braço dela fica duro na tala (pausa) eu não sei (pausa) ela não gosta. Botar, eu boto direito, *sentadinha*, assim com as *mãozinhas* no chão para fortalecer o braço, fazer a *posiçãozinha* da perna. Ela fica assim uns cinco *minutinhos*, mas quando ela vê que começa a puxar um pouco do esforço dela, né, aí é onde ela começa a rejeitar. Onde ela fica gritando. É tanto que quando ela *trava*, ela não quer fazer mais nenhum posicionamento. Mas acho que é normal, ela ficar cansada.

P- VOCÊ TEM AJUDA DE ALGUÉM?

M2- A minha sogra me ajuda, ela mora aqui embaixo, ela fica bastante tempo com ela para eu poder fazer alguma coisa. Meu marido entende, ele já chegou até a ver um dia (pausa) minha sogra, não, que ela nunca foi. Aí ele falou, "olha, M2, tudo isso que ela faz dá para você fazer em casa".

Tipo assim, tudo que elas fazem, são coisas comuns (pausa) só que a gente é que não tem ideia, pelo menos eu, mãe de primeira viagem.

O negócio não é que ela faça algo difícil, é que, tipo assim, você faz o posicionamento para fazer ela rolar. Eu não tenho ideia de como fazer, qual a melhor maneira para não prejudicar os *ossinhos* dela, essas coisas (pausa) eu rolar ela de uma maneira e machucar o braço, entendeu?

Eu não tenho, assim, a noção de saber qual o movimento certo, mas quando você está lá, você vê que não é nada demais, nada difícil de fazer em casa.

P- VOCÊ TEM ALGUMA PERGUNTA OU SUGESTÃO PARA FAZER?

M2- Eu acho bom lá (pausa) eu gosto da moça que atende ela. Eu não tenho do que reclamar não. Eu acho bem interessante lá. Eu acho que ajudou bastante, principalmente no caso dela. Ela antes não tinha o estímulo de brincar com as duas mãos. Eu estou um tempo sem ir por causa da questão do horário. Aí elas me ligaram e disseram que iam marcar um outro horário. Para eu pegar o ônibus daqui muito cedo, não dá para chegar lá 7: 45. Tem a questão do ônibus, que é horário de *pico*, muito cheio, e ela é bem calorenta, muito calorenta.

P- QUER FALAR MAIS ALGO?

M2- Não. Só mostrar.

P- O QUE GOSTARIA DE MOSTRAR?

M2- Ela falando *papa!* (Nesse momento a mãe procura no celular, dentre várias fotos da filha, um vídeo onde o pai brinca com a menor e repete as sílabas *pa pa* até a filha balbuciar algo bem parecido).

Terceira Entrevista 25/maio/2015

Mãe da criança C3, 37 anos, prematura de 27 semanas.

OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA:

Família composta por pai, mãe e filha. Fui recebida com simpatia pela genitora, que acenava do lado de fora da casa, indicando sua localização, pois me perdi no percurso enquanto nos falávamos ao celular. Casa no andar de cima. Subimos uma escada de ferro estreita e já estávamos na sala, de onde avistei a cozinha e seus utensílios, pois não havia paredes divisórias. Piso de cerâmica lisa. A limpeza é razoável, tinha alguns brinquedos espalhados pelo chão da sala. A cozinha é estreita, com armário de louças, fogão e geladeira; pia de lavanderia ao lado do fogão onde é lavada a roupa, as louças e onde banhou a criança na hora da minha visita. Mãe atenciosa, porém, um pouco "agitada", taquilálica, me mostrou os outros cômodos da casa, com a filha nos braços: quarto da filha, em frente a cozinha, com guarda-roupa branco e estreito e móvel com TV de tubo (a criança ainda dorme com os pais, a mãe referiu que quando ela estivesse *maiorzinha* iria para o quarto dela); quarto do casal bem amplo com cama de casal, TV plana, berço da filha, brinquedos pelo chão, e banheiro. O pai dormia no quarto no momento da entrevista, após trabalho noturno. Sentamos para gravar a entrevista numa pequena mesa de ferro de quatro lugares e três cadeiras encostada na parede, na sala, onde no momento da visita entrava o sol da tarde. Durante a visita ela sentou a filha no chão, próximo de onde estávamos, distraíndo-a com alguns objetos domésticos. Ao lado da mesa, havia um sofá de napa preta com alguns rasgos, e em frente ao sofá há uma TV plana apoiada em um rack simples. Família mora em área de risco social, em *ruela* (beco), onde foi observado nos arredores aparente negociação com objetos de valor.

P- COMO VOCÊ ESTÁ VENDENDO O DESENVOLVIMENTO DA C3?

M3- Está bem, né? Depois que eu botei (pausa) eu não acreditava muito na Estimulação, porque muita gente botava coisa na minha cabeça, "ai, mulher, isso aí (pausa) você é doida, é? Não presta não, não resolve nada". Não! Mas eu vou fazer de tudo que eu puder pela minha filha (pausa) vou ver no que vai dar. E realmente eu estou começando a ver que já me ensinou muita coisa (pausa) ensinou a ela (pausa). Aprendi muita coisa com elas (pausa) estou gostando muito (pausa).

Desenvolveu muito, da parte motora, que ela era muito *paradinha*, agora está mais esperta!

P- O QUE MAIS VOCÊ OBSERVOU DO DESENVOLVIMENTO DELA?

M3- Assim (pausa) ela presta muita atenção, quando eu boto os *desenhinhos*, os *filminhos*... se ela ouve algum barulho no portão, ela fica tipo avisando que chegou alguém, sabe? Ela grita (pausa) dá aqueles (pausa) sabe? Esperta que só!

P- COMO É PARA VOCÊ CUIDAR DELA EM CASA?

M3- Ai, (pausa) de primeiro eu ficava, "ai, meu Deus, será que eu vou conseguir?". Porque eu *peguei* o transtorno de ansiedade, aí eu me senti insegura, como se fosse mãe de primeira viagem.

P- VOCÊ TEM OUTROS FILHOS?

M3- Tem um, mas tem 22 anos ele, mora comigo não.

P- COMO É PARA VOCÊ FICAR INSEGURA?

M3- Assim, com medo de fazer alguma coisa errada, sabe? De não estar ajudando ela, está entendendo? Assim, quando eu ia fazer as *comidinhas* dela, "será que eu estou fazendo certo? Porque minha filha não está aumentando de peso? Será que eu sou a culpada?". Ficava insegura todo o tempo, aí agora eu estou mais à vontade, estou indo para essa terapia, aí eu peço ajuda a elas e elas me orientam. Aí eu estou mais à vontade.

P- FAZ QUANTO TEMPO QUE VOCÊ VAI PARA A TERAPIA?

M3- Faz quase um ano, oito meses.

P- E O QUE ELA FAZ LÁ?

M3 - Ela só faz brincar! E exercício. E massagem. E eu não assisto. Elas dizem que não é bom eu assistir. Às vezes você quer ficar assistindo, para ver, para aprender mais coisa. Elas dizem que não é bom porque a criança fica *perturbando* (pausa) é quase com essa palavra, mas eu entendo isso (pausa) querendo ficar perto de mim. Às vezes elas me chamam para eu ver, e eu entrei. Ela estava chorando e parou quando eu entrei. Era logo quando mudou de doutora, e eu acho que era o enjoo dela do começo. Aí depois ela parou de chorar nos outros dias. Agora ela ama!

P- PORQUE VOCÊ ACHA QUE ELA AMA?

M3- Porque quando eu chego, ela fica direto olhando para a porta, para entrar. Quando saio de casa, já digo que vai brincar com os brinquedos bonitos e ela ri.

P- NA CAMA, ELA FICA?

M3- Na cama, ela fica.

P- COMO VOCÊ ENTENDE A ESTIMULAÇÃO NO SEP?

M3- Assim (pausa) que estimula (pausa) ela ter atenção (pausa) ela ensina aquelas coisas de encaixamento, para chamar atenção. Tudo ela fica observando. Ela aprende rápido. No começo falaram para mim que era 40 minutos, aí depois *botaram* meia hora. Aí eu quis até desistir! E tem mais, se eu chego atrasada 10 minutos, ela só fica 20 minutos (pausa) eu acho errado. Eu faço de tudo para não chegar mais atrasada porque eu já acho pouco meia hora. Ela só fica mais com a

Aline (fisioterapeuta), quando tem as outras, às vezes ficam ajudando ela, mas tudo junto só dá meia hora (pausa) mas eu não vejo. Às vezes elas não estão lá, só a Aline. (Nesse momento eu explico a proposta do SEP, falo que a forma como a criança é estimulada pelos terapeutas depende da sua necessidade, etc.)

P- TEM ALGO MAIS QUE VOCÊ DESEJARIA FALAR OU PERGUNTAR?

M3- Queria que aumentasse mais, acho pouco meia hora e duas vezes por semana. A senhora pode me arranjar um emprego? Eu quero trabalhar, mas não quero que nada impeça eu cuidar da C3. Eu quero unir o útil ao agradável. Eu quero trabalhar de noite, porque aí ela fica com a minha mãe, ela mora aqui do outro lado, não sabe? Ela dorme a noite toda, ela não perturba. Até de zeladora eu quero. Ou cozinha, assistente de cozinha.

P- PORQUE VOCÊ QUER TRABALHAR?

M3- Porque eu quero ajudar meu marido, nós estamos cheios de conta para pagar, e também eu quero o melhor para ela. Aqui tem creche do governo, mas eu quero pagar um colégio particular quando ela tiver dois anos, porque o do governo eu não tenho coragem de *botar*. Agora ela é pequena, eu posso até *botar* quando ela estiver grande. *Pequeninha*, né? Eu tenho medo de *judiarem* com ela. Porque com dois anos elas disseram que era bom para ela *botar* em um colégio. Eu quero comprar uns brinquedos educativos bons, brinquedos de encaixe. Não só o que é bom, pois eu quero acostumar ela com o bom e o ruim. Elas querem que eu pague um plano de saúde. Não, eu disse que não podia pagar. E também eu tinha tudo no Gonzaguinha, tem as consultas, tem o Dr. André, a Dra. Candice, tem a pediatra Dilma. Que, graças a Deus eu tive sorte, desde o começo, o atendimento lá (pausa) eu tive sorte. Se eu tenho médico bom lá! Olha, eu vou para o NUTEP, eles encaminham, eu sou bem atendida, o mesmo atendimento que particular faria com a gente (pausa) no Hospital do coração (pausa) ela tem *soprinho*.

P- COMO VOCÊ AVALIA O "COMER" DELA?

M3 - Está melhorando, ela come bem, mastiga. É acompanhada no IPREDE. Eu pego a *sopinha*, e mastigo com o garfo e ela come, ela come as frutinhas amassadinhas. Sempre que eu vou comer, eu sento ela na mesa com o pai dela, para a gente comer junto e incentivar ela. Aí falava para ela mastigar e ela aprendeu, ela olhava para a gente, levantava a cabeça assim.

P- COMO ELA TEM SE MOVIMENTADO PELA CASA?

M3 - Ela engatinha, levanta sozinha se segurando nas pernas da gente, onde ela vir um apoio, fica de pé. Ela cai às vezes.

P- HOJE ELA JÁ CAIU?

M3 - Sim. Aí eu fui lá.

P- VC ACHA QUE SE LEVANTARIA SÓ, QUANDO CAI?

M3 - Não. Porque ela fica chorando demais e eu fico com medo dela sentir alguma coisa, passar mal (pausa) por causa do problema da cabeça dela, hemangioma/sangramento grau I, mas o Dr. André disse que ela está ótima, que não vai ter nenhum problema, ela não vai ficar retardada. Ela é muito esperta, não sabe? Eu passeio muito com ela e ela já sabe que vai passear, porque ela fica alegre quando vai descendo a escada. Eu digo "vamos embora passear" e ela fica

alegre. A gente vai pra pracinha aqui perto. Ontem a gente foi pra Horizonte para um aniversário.

Quarta Entrevista 16/junho/2015

Mãe da criança C4, 16 anos, prematura de 33 semanas.

#### OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA:

Família composta por pai, mãe e filha prematura, que residem junto a parentes na casa da avó da menor, com os avós e três tios maternos, sendo um deles casado com uma menor de 14 anos. A casa é própria. É razoavelmente pequena: tem sala, cozinha e dois quartos. Os avós estão recolhidos em um cômodo fora da casa, para dar espaço aos filhos. O piso é de cerâmica velha, descascada e as paredes são sujas e com batoques no reboco. Nos fundos da casa há um quintal de médio tamanho de "terra batida", com um coqueiro e outras plantas, alguns objetos velhos entulhados e cordas de estender roupas. A criança dorme no carrinho ao lado da cama dos pais, no quarto do casal, que é o melhor cômodo da casa, tendo inclusive um banheiro. Nele, o espaço encontra-se um pouco comprometido porque lá estão acomodados os utensílios do jovem casal (televisão, fogão e geladeira). As condições de higiene são precárias. Foi possível sentir mal cheiro na mãe durante a entrevista. O ambiente é confuso e desorganizado, escuro e mal arejado. Apesar disso, fui bem recebida pela genitora, simpática, que conversou comigo tranquilamente, com a filha nos braços, na mesa da sala, enquanto dois irmãos menores assistiam TV no sofá. Durante a entrevista, a cunhada esteve o tempo todo ao lado, calada, mas com olhar curioso, trocavam risos. A avó materna é uma senhora de 54 anos, com quem pude conversar em um outro momento, quando acompanhou a neta à terapia. Ela se diz insegura com o cuidado da neta, pois tropeça muito e cai com frequência.

P- COMO VOCÊ ESTÁ VENDENDO O DESENVOLVIMENTO DE C4?

M4 - Está bem o desenvolvimento dela, estou achando melhor. Quando cheguei lá, ela era toda calma, agora ela é toda agitada.

P- O QUE VOCÊ QUER DIZER COM "CALMA"?

M4 - Ela não fazia nada, ela era toda *calminha*, na dela. Agora ela é toda agitada, faz as coisas, mexe os pés, as mãos.

P- O QUE SÃO ESSAS "COISAS" QUE ELA FAZ?

M4 - Ela faz as coisas assim, mexe os pés, as *mãozinhas*, a cabeça.

P- QUE IDADE ELA TEM AGORA?

M4 - Fez 2 meses agora, dia 6.

P- COMO É PARA VOCÊ CUIDAR DELA EM CASA?

M4 - Como assim?

P- CUIDAR, DAR BANHO, FICAR COM ELA, CUIDAR DOS AFAZERES DA CASA.

M4 - Mais ou menos (risos) é ela quem me ajuda (apontando para a cunhada).

P- E VOCÊ ESTÁ GOSTANDO?

M4- É o jeito, né?! (risos)

P- COMO É O BANHO DELA?

M4 - No meu quarto, numa banheira.

P- AONDE ELA FICA DURANTE O DIA?

M4 - Ela fica no meu quarto, mas lá é muito quente, aí eu levo pra mãe.

P- AONDE ELA DORME?

M4 - Eu durmo na cama e ela dorme no carrinho, do lado da minha cama.

P- E AS OUTRAS PESSOAS DA CASA, DORMEM AONDE?

M4 - Tem um que dorme no sofá, tem outro que dorme perto do banheiro. Ela aqui (a cunhada) tem o *quartinho* dela. Tem o quarto da minha mãe.

P- ENTÃO, SÃO TRÊS QUARTOS?

M4 – É, tem um *quartinho* fora da casa, na área.

P- COMO ELA SE COMPORTA EM CASA?

M4 - É calmo. Só às vezes ela fica enjoada, mas ela dorme em um instante.

P- ELA TEM BRINQUEDINHOS?

M4 - Não, ainda não.

P- COMO VOCÊ FAZ PARA DISTRAIR ELA?

M4 - Só falo com ela, boto ela no braço, fico falando com ela.

P- VOCÊS TRABALHAM?

M4 - O pai dela está trabalhando agora, de servente. Eu trabalhava na Messejana, na banca de lanche.

P- VOCÊ QUER VOLTAR A TRABALHAR?

M4 - Eu quero! Quando ela tiver *maiorzinha*, né? Estiver andando.

P- O QUE VOCÊ ENTENDE SOBRE O QUE É FEITO NA TERAPIA DO HOSPITAL?

M4 - Como assim?

P- O QUE VOCÊ ACHA QUE ELA FAZ LÁ?

M4 - Ela faz um monte de *coisinhas*, mexe na *mãozinha*, e na cabeça, no corpinho dela, para desenvolver o jeito dela. Elas ensinam a gente.

P- VOCÊ COMPREENDE AS COISAS QUE ELAS TE ENSINAM?

M4 - *Aham*.

P- ESTÁ SENDO POSSÍVEL FAZER ESSAS COISAS EM CASA?

M4 - Está.

P- TUDO QUE ELAS ORIENTAM DÁ PARA FAZER?

M4 - Mais ou menos, porque às vezes ela se estressa.

P- VOCÊ SE LEMBRA DE TUDO QUE ORIENTAM?

M4 - Muito, não.

P- VOCÊ SABE O NOME DO QUE ELA FAZ LÁ?

M4 - Não. Disseram ainda não.

P- E O QUE ACHA QUE É?

M4 - É a estimulação dela.

P- E ESSAS PESSOAS QUE FAZEM A ESTIMULAÇÃO DELA, SÃO O QUÊ?

M4 – (Risos) sei dizer, não!

P- MAS O QUE VC ACHA QUE SÃO?

M4 - Sei lá (risos).

P- VOCÊ ACHA QUE SÃO PROFESSORAS?

M4 – É, são professoras.

P- SÃO DOUTORAS?

M4 - É, doutoras, também.

(Quando eu explico que se tratam de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga, pergunto se ela compreende o que seja. A resposta é curta: não!)

P- O QUE VOCÊ ACHA QUE É IMPORTANTE PRO DESENVOLVIMENTO DELA?

M4- Como assim?

P- PARA ELA FICAR MAIS ATIVA E ESPERTA.

M4 - Ficar indo para lá, fazer a estimulação.

P- E EM CASA?

M4 - Fazer o que elas mandam fazer.

P- TEM MAIS ALGUMA COISA QUE VC DESEJA FALAR OU PERGUNTAR?

M4 - Não. Até agora, está tudo bem.

Quinta Entrevista 21/junho/2015

Mãe da criança C5, 22 anos, prematura de 28 semanas.

OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA:

Família composta por pai (26 anos), mãe e duas filhas. Residem em casa estreita, daquelas de um vão seguido dos outros na mesma largura de pouco mais de três metros, alugada no bairro conjunto Novo Mondumbi, de paredes mal rebocadas e com pintura rala. A genitora já estava à minha espera na manhã daquele sábado e foi simpática ao me receber. Logo que entrei na casa, o primeiro compartimento fechado funciona como uma pequena área, onde estava uma cadeira de macarrão, uma rede dobrada no armador, um conjunto de mesinha e cadeira plástica de brinquedo recuados no canto; atravessando-o estávamos na sala que ao mesmo

tempo era o quarto da primeira filha do casal de quatro anos, que assistia desenho na televisão de tubo 14" sentada numa cadeirinha de macarrão. Neste compartimento tinha, além do móvel que apoiava a TV e duas caixas de som artesanais feitas pelo pai, sua cama tubular e uma cômoda de roupas, sua mochila escolar estava no chão encostada a parede, numa prateleira haviam algumas bonecas. Portas não haviam, e atravessando o portal era o quarto do casal, que alojava a bebê em um berço tubular junto a cama; um roupeiro com alguns utensílios em cima, e a cômoda da bebê igual à da outra filha, em cores rosa e branco. Quando entramos, a bebê estava deitada em uma rede em cima da cama do casal e acabara de acordar e a mãe pegou-a nos braços sorrindo as duas. Observei alguns objetos no chão, encostados na parede, como um cestinho de roupas para engomar. Após o quarto seguimos para a cozinha, composta de armário de louças com liquidificador e algumas panelas expostas, micro-ondas, geladeira, fogão, suporte para garrafão de água, mesinha com duas cadeiras. O banheiro ficava logo ali ao lado do fogão, e do outro lado era área de serviço com uma pia de duas cubas, uma era para as louças e a outra para as roupas. Seguia um estreito quintal onde as roupas eram estendidas; encostada a um canto e de pé estava a bicicleta do pai, transporte utilizado apenas para as proximidades; para o trabalho de serviços gerais na Unimed ele ia de ônibus. A casa estava organizada, o piso era de cerâmica, limpinho. Aos cantos da casa havia alguns brinquedos da filha mais velha. Na cama de casal, haviam algumas roupas dobradas, retiradas do varal do quintal e ainda por guardar no guarda roupa de madeira prensada escura. Depois que ela me mostrou a casa, sentamos na sua cama para conversar ali mesmo no quarto, de onde M5 podia observar a filha pequenina deitada na cama. Ela me falou que não gostava de deixar ela muito tempo sozinha. O ambiente da casa é claro e arejado. Observo roupa de berço cor de rosa e limpinha. Enquanto conversávamos, a bebê mudava de posição entre o colo da mãe e a cama. Em um momento ela se impacientou e a mãe pediu que o pai a apanhasse nos braços. Ele parecia bem à vontade com a filha nos braços; M5 comentou que eles se entendiam bem e que ele havia sido seu primeiro namorado.

P- COMO É QUE VOCÊ ESTÁ VENDO O DESENVOLVIMENTO DE C5?

M5 - Como assim?

P- POR EXEMPLO, ME FALE COMO ESTÃO OS MOVIMENTOS DELA.

M5 – É, o negócio dela é querer estar em *pézinha*. A gente bota ela deitada assim, né (pausa) ela chora. O negócio dela é só querer ficar bem *durinha* assim. Em *pézinha* na gente.

P- ELA ESTÁ COM QUE IDADE AGORA?

M5 - Tem quatro, quatro meses de nascida.

P- COMO VOCÊ VÊ ELA AGORA? EM RELAÇÃO A ANTES?

M5 - Está muito diferente. É, pelo tamanho, pelo jeito que ela nasceu para agora (pausa) está diferente.

P- ANTES DE INICIAR A ESTIMULAÇÃO ELA ERA DIFERENTE?

M5 - Não. Desse mesmo *jeitinho* dela.

P- QUE *JEITINHO*? POR EXEMPLO, A CABEÇA DELA, AINDA É MOLE?

M5 - É, é meio mole ainda, um pouquinho. Às vezes ela levanta. Quando a gente *bota* ela *viradinha*, ela quer levantar, aí *bota* para um lado e para o outro. Quando eu vou ver, ela está assim, virada.

P- O QUE VOCÊ ESTÁ ACHANDO DESSES MOVIMENTOS DELA?

M5 - Ela está reagindo bem, né?

P- COMO ESTÁ SENDO PRA VOCÊ CUIDAR DELA EM CASA?

M5 – Assim, só está sendo um pouco difícil porque meu marido está parado, não está trabalhando.

P- ME FALE UM POUCO DA SUA ROTINA EM CASA, DESDE O MOMENTO QUE VOCÊ ACORDA, PELA MANHÃ.

M5 – É todo dia a mesma coisa, eu acordo de manhã, a primeira coisa que eu faço é cuidar logo dela. Dou o *leitinho* dela (segundo a genitora, a criança mama + complemento), dou o *banhozinho* dela, boto ela no peito, aí ela dorme. Aí quando ela dorme, eu vou para a outra. Dou o *banhozinho* na outra, dou a merenda, boto ela para dormir (pausa) pronto. Depois a outra fica assistindo televisão até a hora do colégio, que é de tarde. Pronto, aí eu vou fazer as coisas, aproveito que ela está dormindo, né? Para ir fazer as coisas, varro a casa, passo o pano. Eu fico olhando ela ali na rede, em cima da cama.

P- ME FALE COMO É QUANDO ELA ACORDA.

M5 - Quando ela acorda, eu fico com ela. Que se eu deixar ela na cama, ela pode cair. Eu fico com ela na cama, ou boto ela no chão mais a outra, assim *viradinha* em um *tapetinho*, que elas pedem.

P- COMO FOI PARA VOCÊ ENGRAVIDAR PELA SEGUNDA VEZ?

M5 - Eu peguei logo ela, porque eu tomava injeção, e a injeção tem até o décimo dia para você tomar, do oitavo ao décimo. Aí eu não tomei. Aí eu engravidei, tomando injeção. Mas aí foi erro meu, né, não foi erro da injeção, porque eu não tomei. Como passou do décimo dia, tive que esperar a regra vir de novo, para poder tomar. Acabei engravidando. Com um mês minha menstruação não veio, eu fiz a transvaginal e não acusou que eu estava grávida. Aí eu pensei: não, agora eu vou tomar a injeção que é para ver se no próximo mês vem direitinho (pausa) e a menstruação não veio. Com um mês e quinze dias eu comecei a sangrar, pensando que era a menstruação que tinha vindo, e sangrando, sangrando, passou quase um mês sangrando! Aí quando foi uma quinta feira eu fui no posto para marcar uma ficha para me consultar para saber se isso estava certo. Aí doutora disse que podia ser que eu estava grávida e não sabia. Aí passou o exame de sangue, aí eu fiz, só que no posto só recebe com sete dias. Quando foi no domingo eu amanheci sangrando mais ainda e fui para o Gonzaguinha. Quando cheguei lá, a doutora logo disse “deve ser gravidez”, e passou o teste, que deu que eu estava grávida, aí depois ela passou a transvaginal de novo para saber que caso era esse sangramento, aí como ela passou que eu fui ver, aí deu descolamento da placenta. Aí eu passei direto até os três, quatro meses, sangrando ainda do descolamento, “perde-não-perde”. Aí quando foi a última vez que eu cheguei lá sangrando, eles pegaram e passaram um remédio para eu segurar.

P- VOCÊ FICOU SENDO ACOMPANHADA LÁ?

M5 - Não. Eu pedi para eu fazer o pré-natal lá e eles disseram que só quem fazia lá era quem era de menor e quem tinha gravidez de risco. Aí eles não permitiram eu fazer lá. Tive que fazer no posto. Eu comecei no posto, todo mês eu ia direitinho. E sempre eu dizia para a doutora do pré-natal que eu já tive a outra gestação prematura. A outra foi de oito meses. Aí da última vez que eu fui, com quase seis meses, ela me botou logo em observação. Aí pronto, aí sempre que eu ia, eu dizia “doutora, eu estou sentindo umas coisinhas diferentes no pé da barriga, como se fosse uma dor de barriga, mas passa”. Aí antes de eu ter ela, eu estive lá no Gonzaguinha com essa mesma dor e perdendo tipo como se fosse uma *secreçãozinha* verde, como se fosse um catarro verde. Aí lá só ouviram o coração do bebê e disseram que não era nada, que estava normal. Mandavam eu voltar.

P- VOCÊ ÍA NA EMERGÊNCIA, NÃO ERA? COMO ERA O ATENDIMENTO LÁ?

M5 - Assim (pausa) eu era bem atendida, mas só que eles nunca diziam nada. Eu ia com uma dor no pé da barriga e eles diziam que era normal. Olhava, *coisava* só o coração da criança, aí normal, aí eu voltava. Fui na segunda-feira e não me disseram nada. E não me davam nem remédio. Aí eu estive lá de novo na quarta-feira, era só aquela dor de barriga, aí passava. E quando foi na sexta para o sábado eu tive ela. Voltei lá já com as dores maiores. Passei o dia normal, e quando eu fui me deitar, começou uma dorzinha tipo cólica e a vontade de ir no banheiro fazer xixi. Aí eu ia, e a vontade direto aumentando, aumentando, aí quando deu fé, eu peguei não me aguentei e meu marido foi e me levou para o Gonzaguinha do José Walter, que era mais perto. Eu cheguei lá, o médico fez exame de toque e disse que eu já estava com sete centímetros, mas só que eu tinha que ir logo para outro hospital, porque lá não tinha uti, porque a criança era prematura e não tinha como ficar lá. Pegaram e mandaram eu ir logo para o Gonzaguinha de Messejana e eu fui. Quando cheguei lá, já estava com oito centímetros. Aí pronto, fizeram logo as perguntas a mim, esperamos um pouco, esperamos, esperamos. Aí eu tive nesse mesmo dia, da sexta para o sábado.

P- COMO FOI O PARTO? E VOCÊ ESTAVA COM QUANTAS SEMANAS?

M5 - 28 semanas. Tive normal, mas elas ainda me deram umas injeções e um medicamento que eu tinha que tomar antes dela nascer, que elas falaram que era para ela (a neném). Aí minha bolsa rompeu e eu tive ela.

P- COMO FOI QUE ELA NASCEU?

M5 - Ela chorou assim que nasceu, nasceu com o *olhinho* aberto, o olho já estava arregalado. Elas só disseram que ela era muito *pequeninha* e tinha que botar ela logo no oxigênio e ir logo para a uti. Aí depois foi que eu fui ver ela.

P- E COMO FOI QUE VOCÊ A ENCONTROU NA UTI?

M5 - Na uti ela estava intubada. Na hora que eu fui ver, ela estava na *luzinha*. Ela ficou uns quinze dias intubada, depois foi só para o oxigênio.

P- COMO ERA QUANDO VOCÊ ENTRAVA NA UTI? VOCÊ PEGAVA NELA?

M5 - Eu só pegava nela, mas só colocando as mãos por dentro do berço. Aí sempre que eu perguntava as coisas, sempre elas davam uma notícia ruim. Assim, nunca era uma notícia boa. Aí teve um dia que eu disse *não, eu hoje não vou perguntar nada não, porque sempre que eu pergunto só é notícia ruim!*

P- O QUE VOCÊ QUER DIZER COM “NOTÍCIA RUIM”?

M5 - Assim: *não (pausa) sua filha, você sabe (pausa), ela é pequenininha, qualquer hora você sabe, aparece alguma coisa, é como uma caixinha de surpresa, ninguém sabe (pausa)*. Assim, pelo tamanho que ela nasceu, tinha gente que chegou para me dizer que achava que ela não ia sobreviver.

P- E COMO VOCÊ SE SENTIA QUANDO LHE DIZIAM ESSAS COISAS?

M5 - Assim, eu sentia muito mal. Mas nunca eu chorei assim, não. Eu tinha muita esperança.

P- VOCÊ É RELIGIOSA?

M5 - Não.

P- PERGUNTO PORQUE ESTOU VENDENDO UMAS IMAGENS DE SANTOS.

M5 - É, eu sou católica. Como eu levava a minha sogra, nós somos católicas, ela pegava e benzia água e eu passava na neném (pausa), eu passava às vezes escondido. Ela teve um *casozinho* do *dedinho* do pé, que disseram que ela já tinha nascido assim, mas eu não tinha visto desse jeito não. O *dedinho* dela mindinho ficou totalmente *pretinho*, assim de sangue pisado. Aí eu falei para doutora, e a doutora pegou e disse que ela tinha nascido assim, tipo como fosse queimado uma *partezinha*. Aí eu disse que eu não tinha reparado isso, não tinha visto isso nela. Aí eu peguei duas enfermeiras, uma falando para a outra assim: mulher, você colocou muito *acochado* isso aqui do oxigênio nela, e ela é muito sensível, por isso ficou assim. Aí elas falaram que tinha que vir um cirurgião para dar uma olhada se ia precisar fazer cirurgia no dedo (pausa). Aí eu sei que todo dia eu pegava o dedo dela e passava água benzida, aí logo secou, ficou só uma casquinha seca. Aí quando foi um dia, a enfermeira chegou e me disse: mulher, tu nem sabe, a casquinha do dedo dela caiu e se tu vir como é que está! Nós tudo pensando dela perder o dedo”, mas não perdeu, saiu só a casquinha inteira. Ficou só com o dedo assim *mau coisado*, mas não perdeu. Aí tinha outra enfermeira que chegou a dizer que a *cabecinha* dela estava crescendo mais do que o corpo, aí falou um bocado de coisas lá que eu fiquei toda assim com medo, aí eu disse para a minha sogra e disse para ele (marido). Aí eu estive conversando com a doutora mesmo que disse “não, é alguma coisa na cabeça, que a gente não mede a cabeça todo dia, e a gente só vai saber alguma coisa quando ela fizer o ultrassom. Enquanto isso a gente não sabe de nada”. Aí é tanto que quando foi o dia de bater, eu fiquei morrendo de medo de dar alguma coisa, mas graças a Deus que não deu nada. E o exame do coração só deu que ela estava com um *soprozinho*, mas quando ela fosse crescendo podia ser que fechasse.

P- COMO FOI O MOMENTO EM QUE ELA SAIU DA UTI?

M5 - Da UTI, ela passou para o berçário, lá eu não podia ficar. Aí depois, ela passou uns 29 dias no berçário. Aí depois elas me chamaram para saber se eu podia ficar com ela no “mamãe-canguru”, aí eu fui e fiquei com ela no bebê-canguru.

P- QUANTO TEMPO VOCÊ FICOU NO CANGURU?

M5 - Não deu nem uma semana, mas só que aconteceu de a mulher que fica de noite, as enfermeiras que ficam para dar o leite da criança, que ela tomava pela sonda quando eu fui para o canguru com ela. Aí passou a hora do leite e eu tinha medo de dar, porque era na sonda, eu tinha medo de dar. Aí passou o horário de

dar, aí chegou o outro horário do leite, aí eu tive que ir atrás dela, e ela estava dormindo. Aí eu disse: “mulher, faz é tempo que eu estou atrás de você, e a menina já perdeu o horário de um leite, já chegou foi outro”. Aí ela pegou e entrou para dar a menina o leite. Aí eu perguntei: “eu abro a luz?”, ela disse “não, precisa, não”. Aí pegou só fez abrir a ponta da coisa (sonda), botou o leite. Aí deu aquela vontade de eu tirar o pano da frente, que ela estava toda enrolada. Quando eu vi foi ela botando o leite todo pela boca. Aí eu peguei e disse: “mulher, mulher, está aqui saindo leite pela boca dela!”. E ela: “está não, mulher!”. E eu: “está, mulher!” Aí quando deu fé, a sonda não estava totalmente lá, aí ela pegou e aspirou o leite, e ficou bem molinha, chega já estava ficando era roxa. Aí eu corri na uti, chamei a enfermeira de lá, aí ela foi e levou ela. Aí foi que ela voltou de novo para o berçário. E ela estava assim bem molinha, ficou bem molinha, e passou lá bem uma semana. Quando foi assim com uma semana chamaram de novo para eu ficar com ela no Canguru. Aí pronto, aí de lá foi como ela saiu.

P- E COMO FOI QUANDO VOCÊ CHEGOU EM CASA COM ELA?

M5 - Assim, passaram muito remédio, eu tive que me orientar muito, eu estava morrendo de medo se ela não tomasse aquele remédio podia acontecer alguma coisa com ela. Mas, graças a Deus deu tudo certo.

P- ELA FOI COM A SONDA?

M5 - Não, ela já estava mamando. Lá colocavam ela no peito, depois, eu disse assim: “mulher, tira essa sonda, como é que ela vai conseguir mamar com essa sonda na boca?”, aí elas falaram: “mulher, é que se tirar a sonda, para botar depois é muito ruim. Bora ver se ela pega com a sonda”, a bichinha não conseguia mamar com a sonda, aí foi como elas tiraram, aí foi como ela conseguiu pegar mais direito o peito.

P- E COMO FOI QUE RECEBERAM ELA EM CASA?

M5 - Pois é, minha sogra mandou o carro, ele foi mais o homem no carro, para trazer a gente. Quando eu cheguei aqui, minha sogra já tinha limpado tudo quanto era de poeira, limpado a casa todinha. Já tinha ajeitado o berço dela todinho, só esperando ela.

P- VOCÊ FICOU CUIDANDO DELA SOZINHA?

M5 - Não, ela me ajudou. E minha mãe também veio para cá para me ajudar. E o meu marido estava parado, aí foi que ele me ajudou mesmo. Agora é que ele começou a trabalhar, graças a Deus, que ele estava parado, desempregado, aí começou a trabalhar na Unimed.

P- COMO VOCÊ ESTÁ SE SENTINDO SENDO MÃE DE DUAS MENINAS?

M5 - Bem. Graças a Deus.

P- ESTÁ GOSTANDO DA MATERNIDADE? FOI PLANEJADO?

M5 - (Risos). Da primeira foi planejado.

P- VOCÊ TRABALHAVA OU ESTUDAVA? OU TEM PLANOS?

M5 - Estudava, não. Eu trabalhava, porque da primeira eu parei, que eu não aguentava, aonde tinha muita gente assim, eu passava mal, aí eu tive que sair. Eu

tinha plano assim para trabalhar. De repente, eu queria arrumar um trabalho, para ajudar ele, né, que é só ele para pagar aluguel e tudo.

P- COMO É O RELACIONAMENTO DE VOCÊS?

M5 - É bom, que ele foi meu primeiro namorado.

P- E ELA FICA QUIETINHA ENQUANTO VOCÊ ESTÁ FAZENDO AS COISAS?

M5 - Fica, tem vez que ela fica, mas tem vez que ela quer braço.

P- AONDE É QUE ELA FICA?

M5 - Às vezes fica na minha cama, quando não, é no berço. Quando ela dorme, eu boto ela no berço. E quando eu boto ela na cama, eu boto os *travesseirinhos* assim de lado.

P- QUANTAS PESSOAS MORAM AQUI?

M5 - Quatro. Só eu, meu marido e elas duas.

P- E COMO É O RELACIONAMENTO DELES COM A C5?

M5 - É bom, minha filha brinca é muito com ela.

P- TEM ALGUÉM QUE LHE AJUDA?

M5 - Minha sogra.

P- ELA MORA PERTO?

M5 - É. Mora. Ela mora aqui perto.

P- AONDE A C5 DORME?

M5 - No berço.

P- E AONDE ELA TOMA BANHO?

M5 - Na banheira. Eu boto a banheira aqui em cima da mesa e dou o *banhozinho* dela.

P- E VOCÊ TEM BRINQUEDOS EM CASA PARA ELA?

M5 - Não. Para ela, não.

P- E COMO É QUE VOCÊ ESTIMULA ELA EM CASA?

M5 - Só estímulo assim, converso, né? Brinco com ela.

P- QUE TIPO DE BRINCADEIRA?

M5 - Eu converso, né? "Neném" (pausa) falo um bocado de coisa.

P- E SEU MARIDO?

M5 - Conversa. É *apegadinho* a ela, conversa é muito com ela.

P- E COMO VOCÊ VÊ A ESTIMULAÇÃO QUE É FEITA NO HOSPITAL?

M5 - Assim, porque depois que ela saiu do hospital ela passou por uma cirurgia dos olhos. Ela mostra uma cor assim, para ver se ela está enxergando. Ela bota ela (C5) *viradinha* para ver se ela mexe.

P- E O QUE MAIS?

M5 - Ver se ela está *coisando* bem (pausa) é, sugando, se ela já aperta.

P- E VOCÊ COMPREENDE BEM AS COISAS QUE ELAS TE ORIENTAM LÁ?

M5 - *Aham*.

P- O QUE VOCÊ ACHA QUE A ESTIMULAÇÃO PODE FAZER POR VOCÊ, POR ELA?

M5 - Assim (pausa) que ela (pausa) (risos). Sei nem dizer.

P- VOCÊ LEVA ELA PARA A TERAPIA, E O QUE VOCÊ ESPERA QUE ISSO POSSA FAZER PARA O DESENVOLVIMENTO DE C5?

M5 - Sim, que ela aprenda muitas (pausa) ficar sentadinha, conversar, a brincar, que é o que elas fazem.

P- TEM MAIS ALGUMA COISA QUE VC DESEJA FALAR OU PERGUNTAR?

M5 - Não, só porque do horário, né?! Que é para mim estar lá três e meia da tarde e eu acho muito quente.

P- E VOCÊ JÁ CONVERSOU SOBRE ISSO COM ELAS?

M5 - Conversei. E o horário que tinha era sete e meia, e onde eu moro, não dá tempo chegar. Por isso me botaram uma vez na semana. E também, por ele não tá trabalhando, é dinheiro de passagem.

Sexta Entrevista 26/junho/2015

Mãe da criança C6, 17 anos, prematura de 32 semanas, 935g ao nascer.

OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA:

Logo pela manhã cedo, ao perguntar a populares onde ficava a rua Josias Mendes, no bairro Luciano Cavalcante, fui alertada de que "se ficasse do lado de lá da avenida era boca quente". A sorte é que, apesar de não haver placa na rua, ficava apenas a um quarteirão da avenida, e era somente esse pedaço mesmo, pois o restante do percurso era um labirinto de casas desordenadas possivelmente construídas em terras apossadas, por onde não passavam carros. Ao chegar nos arredores da residência um pouco antes da hora marcada, já prevendo a dificuldade de localização, contei com ajuda de uma vizinha que me levava por uma entrada sinuosa de calçada irregular, entre construções de casas agregadas de forma a confundir os limites entre as mesmas. A vizinha palpitou que a M6 que eu procurava deveria ser a filha de sua conhecida L, pois notara que esta tinha um bebê pequeno. A Dona L me recebeu falando que a filha tinha ido ao posto de saúde com a neta, mas que não devia demorar, que eu poderia esperar. O acesso à casa era por um estreito corredor cheio de quinquilharias de ferro velho e madeira, que passava lateralmente a casa do vizinho conjugado a frente; as paredes das casas ali eram conjugadas nas laterais e nos fundos, e a casa da M6 estava logo ao fundo desta. O chão estava *pintado* pelas fezes das galinhas que o outro vizinho criava. Julguei que mãe e filha dividiam a moradia e pedi a gentileza de mostrar-me a casa, enquanto esperava pela M6; mas D. L falou que morava no puxadinho em cima e a filha tinha trancado a sua porta. Neste momento a M6 vinha chegando com passos apressados, com a filha C6 nos braços, já sorridente dizendo que estava no posto ali pertinho, fazendo exame de sangue quando eu lhe telefonei. Foi logo abrindo a casa, se desculpando pela bagunça e

perguntando se eu queria água, afastava alguns objetos no meio da casa para nos dar passagem. As paredes da sala eram rebocadas só até pouco mais de um metro, sendo o restante de tijolo furado aparente. As telhas do teto ficavam a vista, com algumas frestas de claridade. O piso era de cimento queimado, com frestas de rachaduras. A casa havia sido construída pelo padrao de M6, que era pedreiro, e ela falou que "morava lá emprestado". Apesar de espaçosa, só tinha dois cômodos: sala e quarto. Aliás, sala e cozinha ficavam juntas, no mesmo ambiente de aproximadamente 20 m<sup>2</sup>, contendo utensílios velhos (fogão, geladeira, um armário de cozinha) e uma mesa com quatro cadeiras ao centro. O que destoava daquele ambiente precário era um micro-ondas inox novinho alojado em uma banqueta ao lado do armário, onde a jovem mãe disse que esquentava as refeições e o leite da filha. Na mesa haviam pratos sujos com pedaços de ossos de cozido bovino, copos e talheres, provavelmente do jantar. No fogão, panelas sujas. M6 me chamou para conversarmos no quarto, cuja entrada era no meio desse ambiente, sem porta, a esquerda ficava o guarda roupa velho de três portas e logo a frente a cama do casal, além da TV 20" de tubo apoiada em um movelzinho alto de madeira prensada. Também havia um ventilador pequeno. Entramos no quarto e M6 colocou a filha sentada na cama, onde também sentamos e ficamos a admirar o encanto de C6, que se distraía com um bonequinho de pano. C6 é uma criança muito bonita e de olhar esperto, sorridente, não chorou durante a visita. Ficou o tempo toda sentadinha na cama, brincando ou nos observando. Em um dado momento a mãe pegou-a nos braços e ofereceu a mama. Falou que ela já estava com fome e logo devia preparar algo pra ela merendar, mas mamando ela dormiria e comeria só depois de acordar. Ao perguntar se a filha tinha carrinho, a genitora me informou que sim, mas estava desmontado para lavar. Do quadrado do quarto, um canto teve o piso elevado para improvisação de um banheiro de meias paredes, ainda sem encanção, contendo uma pia e um sanitário, e um balde grande como reservatório de água. Na entrada ao lado da cama, uma cortina feita de rede velha, presa em pregos pelos punhos, fazia as honras de uma porta. Liliane me explicou direitinho cada detalhe da sua casa enquanto me mostrava os compartimentos. Ao lado do banheiro, os pais cuidadosamente trataram de reservar uma pequena área forrada de E.V.A. colorido para ser o recanto da filha: um berço de ferro cor de rosa fazia o limite divisor para o espaço dos pais, numa cômoda encostada a parede do banheiro ficava toda a roupa do bebê, e numa mesa baixa haviam alguns bichinhos de pano e pelúcia. A bebê costuma brincar nesse espaço, em cima do E.V.A. ou na cama dos pais. Às vezes também é levada para o andar de cima, na casa da avó, que era mais espaçosa e dava para brincar com os tios; sua mãe tinha um bebê de um ano e quatro meses e outro filho de 13 anos. Por trás da casa um suposto terceiro cômodo atrás do quarto foi transformado em uma espécie de oficina do avô. M6 falou que o tinha como um pai, pois foi ele quem a criou desde pequena, depois que seu pai biológico abandonou sua mãe. Uma escada de ferro ao lado desse cômodo, no final do corredor, levava ao andar de cima, onde o casal de avós adaptara sua nova morada, ainda em acabamento, depois que a M6 "saiu do aluguel" no bairro Antônio Bezerra para ficar mais próximo do hospital que a filha se tratava.

P- COMO É QUE VOCÊ ESTÁ VENDO O DESENVOLVIMENTO DE C6?

M6 - Ave Maria, ela é uma pessoa assim que tem um desenvolvimento bom! Ela é alegre, tudo que a gente manda ela fazer, ela faz, ela é observadora. Só tem uma coisa que ela não quer de jeito nenhum: é andar. A gente coloca ela no chão, aí

tipo, quem vê pensa que está é matando. Ela grita, ela chora, ela berra, ela se joga no chão, não quer ficar no chão de jeito nenhum. É tanto que pode perguntar às meninas lá que elas sabem, quando vão fazer a estimulação dela lá, pra ela andar, é um grito, é um show!! Não tem condição de jeito nenhum! Aí é mais ou menos parar, porque uma hora, mais cedo ou mais tarde ela vai andar, por conta própria. Forçar é pior.

P- ELA ESTÁ COM QUANTOS MESES AGORA?

M6 - 11, vai fazer um ano agora em julho.

P- E ELA NASCEU DE QUANTOS MESES?

M6 - De sete.

P- QUANDO ELA ENTROU NA ESTIMULAÇÃO, COMO É QUE ELA ERA?

M6 – É, quando ela entrou, ela apenas (pausa) como é? Estava rolando. Só rolava mesmo. Ainda não engatinhava, essas coisas não. Só se movimentava, né neném?

P- E COM QUE IDADE ELA ENTROU?

M6 - Com 6 meses. Fazia tempo que eu estava na fila de espera. Procurava num canto e em outro, e não achava. Aí trocou as pessoas, e trocaram de criança.

P- E COMO É PARA VOCÊ CUIDAR DELA EM CASA?

M6 - É bom, a neném não é aquela menina que é danada, que fica direto chorando, não quer estar direto em cima da gente. Ela fica assim meio *aperreada* quando ela está com fome, quando ela está com sono.

P- VOCÊ SÓ TEM ELA?

M6 - Só.

P- COMO VOCÊ SE SENTE SENDO MÃE ASSIM TÃO JOVEM?

M6 – (Risos) é bom, né? Por um lado é bom, por um lado é ruim (risos).

P- E QUAL O LADO QUE É RUIM?

M6 - O lado ruim é que você não tem liberdade para sair, não pode sair para nenhum canto. E deixar ela com os outros, eu não deixo, que eu tenho medo assim dela chorar, que às vezes de madrugada ela acorda.

P- A GRAVIDEZ ACONTECEU SEM QUERER OU FOI PLANEJADA?

M6 - Foi porque eu quis. Melhor cedo do que tarde. Melhor cedo que depois dos 20. Depois dos 20 você perde muito mais tempo. Eu quis engravidar cedo. Eu tinha curiosidade de saber o que é mãe, saber como é ser mãe.

P- ESTÁ GOSTANDO?

M6 - Estou! O ruim é que eu não posso mais ser mãe.

P- POR QUÊ?

M6 - Porque eu tive eclampsia, tive que tirar ela às pressas, aí ela nasceu com risco de vida. Aí o médico disse que eu não posso mais ter filho.

P- E O QUE VOCÊ TEM FEITO PARA EVITAR?

M6 - Eu tomo vacina. Vou colocar o DIU agora em agosto. Ver se eu consigo colocar um DIU de cinco anos.

P- E SEU MARIDO?

M6 - Está trabalhando. Só chega às quatro da tarde.

P- ME FALA UM POUCO DA RELAÇÃO DELA COM O PAI.

M6 - É bom!

P- ELE CUIDA DELA?

M6 - Cuida, ele é bem observador. Sempre ele sai para passear ( com ela) quando chega de noite.

P- ELE DÁ BANHO?

M6 - Essas coisas, não. Ele brinca com ela, ele sai para passear (pausa). Aqui, acolá ele troca uma fralda.

P- E COMO É QUANDO CHEGA O FINAL DO DIA, QUANDO VOCÊS ESTÃO TODOS EM CASA?

M6 - Quando é de tarde todo mundo está em casa. Depois das cinco, meu padrasto está em casa, minha mãe, os meninos chegam da escola.

P- É TUDO CALMO, TRANQUILO?

M6 - É. Meu marido conversa, aí leva ela lá para cima, vai junto também, aí fica lá em cima brincando.

P- ELE TRABALHA DE QUÊ?

M6 - Ele é zelador.

P- E VOCÊ, TRABALHA OU TRABALHAVA?

M6 - Não. Eu só estudava.

P- E O QUE VOCÊ PRETENDE?

M6 - Até o próximo ano, até esse ano, o resto desse ano eu vou ficar só com ela, né? Mas no próximo ano, eu vou voltar a estudar à noite, que é quando meu marido chega, para ficar com ela. Se der para eu trabalhar, eu vou trabalhar. Pago uma pessoa para ficar com ela, ou então a vó dela fica com ela.

P- E PORQUE VOCÊ QUER TRABALHAR?

M6 - Para ajudar dentro de casa, comprar as coisas para ela, depender de mim mesma, não ficar dependendo do pai dela. Se existe uma coisa pior no mundo, é depender de alguém. O negócio dela é só querer ficar bem *durinha* assim. Em *pézinha* na gente.

P- ME FALE DA SUA ROTINA EM CASA, DESDE MANHÃ CEDO.

M6 - É, desde manhã cedo, às sete, o pai dela sai para trabalhar, e daí vai até nove, 11 horas da noite.

P- ME FALE UM POUCO MAIS SOBRE A SUA ROTINA.

M6 - De manhã, eu acordo, aí faço o café e faço merenda pra ela, ou mingau. Às vezes só o peito mesmo. Faço a merenda dele, merendo e aí vou fazer as minhas coisas. Arrumo casa, almoço, faço comida. E ela fica aqui brincando (apontando para a cama). Às vezes meu irmão de 13 anos desce, fica brincando com ela.

P- ONDE ELA FICA BRINCANDO?

M6 - Na cama. Ou ali no cantinho dela, às vezes eu boto ela no chão.

P- ALI AONDE TEM O E.V.A.?

M6 - É, ali é forrado.

P- E TEM BRINQUEDINHOS PARA ELA?

M6 - Tem. Esses ursos, essas coisas tudo é dela.

P- AQUI SÃO TODOS OS BRINQUEDINHOS QUE ELA TEM? (Poucos e sem atrativos adequados para a idade, nada educativo).

M6 - É. Uns eu comprei, outros eu ganhei, ele trouxe lá do prédio onde ele trabalha, as pessoas dão. Alguns a madrinha dela que deu.

P- E AQUI NA CAMA, NÃO TEM PERIGO DELA CAIR?

M6 - Não, às vezes eu fico só por ali para ficar olhando ela, observando. Às vezes eu coloco ela no carro, é porque o carro está desmontado, que foi para eu lavar. Às vezes eu coloco ela *sentadinha* na cadeira, ela ali perto de mim.

P- VOCÊ NÃO COLOCA ELA ALI NAQUELE CHÃO?

M6 - Não, boto não.

P- VOCÊ ACHA QUE VAI MACHUCAR ELA? (O piso é de cacos de cerâmica, mas bem assentados)

M6 - É, e porque ela não quer ficar, ela não fica *sentadinha* assim no chão.

P- E PORQUE VOCÊ ACHA QUE ELA NÃO QUER FICAR NO CHÃO?

M6 - Não sei.

P- NA CAMA, ELA FICA?

M6 - Na cama, ela fica.

P- MAS ALI NO CHÃO ELA NÃO QUER FICAR?

M6 - No chão ela não quer ficar. Ela fica se tiver uma pessoa ali do lado dela, observando ela. Mas sozinha ela não fica. Sozinha ela não fica de jeito nenhum.

P- ELA FICA O DIA TODO COM CALÇADO OU DESCALÇA?

M6 - Às vezes eu coloco uma *meiazinha* nela, meia no *pezinho*. Às vezes eu coloco de *tardezinha* para ela dormir, boto a *meiazinha* no pé dela para ela dormir.

P- E O QUE VOCÊ ESTÁ ACHANDO DA ESTIMULAÇÃO?

M6 - Está bom, está ótimo. Depois que a neném entrou ela ficou mais esperta, se desenvolveu melhor. Ela era toda *durinha*, toda desengonçada, está *melhorzinha*.

P- EM RELAÇÃO A ESTIMULAÇÃO, VOCÊ COMPREENDE O QUE É FEITO LÁ?

M6 - Compreendo. Tudo que elas pedem para eu fazer, se eu tiver condição, eu faço. Se der para eu comprar, eu compro.

P- O QUE VOCÊ FAZ PARA ESTIMULAR ELA EM CASA?

M6 - Às vezes de *tardezinha* eu saio com ela, ou então eu vou lá para cima para andar com ela, que lá é todo na cerâmica. Aí às vezes, eu coloco ela no chão para ela engatinhar. Às vezes lá no chão ela fica.

P- TEM ALGUMA COISA QUE VOCÊ DESEJA FALAR SOBRE A ESTIMULAÇÃO?

M6 - Não, as meninas, elas são todas legais, são obedientes. Tudo que precisa, elas falam. Quando elas acham que a neném está precisando disso ou aquilo, elas também falam.

P- O QUE MAIS VOCÊ ESPERA QUE ACONTEÇA?

M6 - O que espero é que a neném consiga andar, o mais rápido possível, né? Que ela se desenvolva melhor. O ruim é que ela vai parar de ir lá para as meninas (risos).

P- PORQUE VOCÊ ACHA RUIM PARAR DE IR PARA A ESTIMULAÇÃO?

M6 - Porque ela já é acostumada a sempre ir, ela também já tem uma convivência com as meninas. Aí quando as meninas chegam, é tanto que ela já dá os braços para as meninas, principalmente para a lourinha.

P- VOCÊ ACHA QUE ELA GOSTA DE LÁ?

M6 - Acho que sim, que as meninas dão brinquedo para ela, ela fica brincando, fazendo as coisas. Ela já é acostumada de ir toda semana. Antigamente ela ia duas vezes na semana. Aí ela trocou, é só uma vez na semana. As meninas estão só esperando ela andar para dar alta. Assim que ela andar, as meninas já tão dando alta para ela.

P- ELA SÓ TEM 11 MESES, AINDA ESTÁ CEDO PARA ELA ANDAR, NÃO ACHA?

M6 - Não sei, eu tenho um primo de 11 meses, que é da mesma idade que ela e ele já anda.

P- MAS LEMBRE QUE ELA FOI NASCIDA DE SETE MESES, TEM QUE DAR O DESCONTO DE DOIS MESES, É COMO SE ELA TIVESSE...

M6 - Oito meses.

P- NÃO. TEM QUE DIMINUIR DOIS DE ONZE, É COMO SE ELA TIVESSE NOVE. ELA ENGATINHA?

M6 - Engatinha, ela já fica em *pézinha*, ela já anda se segurando nas coisas.

P- TEM MAIS ALGO QUE VOCÊ DESEJA FALAR?

M6 - Não.

Sétima Entrevista 27/Junho/2015

Mãe da criança C7, prematuro de 32 semanas.

#### OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA:

A entrevista havia sido marcada dois dias antes e eu compareci a residência no período da tarde, conforme o combinado. O casal mora em uma estreita casa alugada, de porta e janela, numa rua asfaltada, em frente a um terreno grande murado, no bairro da Sapiranga, uma região mesclada de boas casas planas, duplex, condomínios de casas e favelas. Além do marido (28 anos) e da filha mais velha de 5 anos, junto também mora o irmão de 14 anos da Leila, que foi para lá depois que a mãe morreu aos 49 anos de insuficiência renal há cerca de um ano. Outro irmão foi morar com sua irmã. Leila me recebeu sorridente e entrei na pequena sala, onde a esquerda um garoto de aproximadamente sete anos jogava fliperama. O jogo de fliperama fazia parte da renda da família; Leila e o irmão se revezavam na administração da máquina. Leila pediu ao jovem cliente para sair e voltar depois para continuar seu jogo. Este se afastou não mais que alguns metros, ficando entre a calçada e a porta da sala, ansioso por retomar sua partida, e disfarçadamente conversava com o irmão de Leila, que estava sentado numa cadeira logo na entrada da casa, com a sobrinha caçula nos braços. Pedi a Leila que me apresentasse sua família e a casa. A casa era construída em um só vão, seguindo os compartimentos sem porta: sala, quarto da filha mais velha, banheiro, quarto do casal, cozinha e quintal. O primeiro quarto era bem espaçoso, com a cama de solteiro da filha mais velha, um guarda-roupa, o único da casa que era compartilhado com todos, apesar de ter apenas três portas, e uma escrivaninha onde nas gavetas também eram guardadas coisas da bebê. Nele também dormia o tio numa rede. Subindo um batente, Leila me mostrou o banheiro a nossa esquerda. No box havia uma banheira no chão onde banhava a filhinha. Na entrada do quarto a seguir tinha uma cômoda e uma cama de casal encostada na parede, em frente ao berço da Laura. Havia roupas espalhadas por todos os cantos: no berço, na cama, em cadeiras no quarto, diversos, como toalhas, sacos e mochilas penduradas nos armadores. Fomos andando enquanto eu observava e fazia minhas memórias fotográficas. Ouvíamos muito barulho de cães latindo na vizinhança bem próxima. Perguntei como era o clima e Leila me disse que o quarto dela era o mais quente e tinha muito mosquito, justificou que o berço estava sem cortinado porque estava empoeirado e ela tinha tirado para lavar. Em seguida me mostrou a cozinha, que era bem apertada e abrigava os utensílios uns ao lado do outro: fogão, geladeira, armário e máquina de lavar roupa, que Leila informou que pertencia a sua mãe, que por causa da fístula de hemodiálise não podia fazer esforço de lavagem de roupa. Na casa não havia mesa. Por uma porta daquelas repartidas ao meio, víamos o quintal, com uma rede ao fundo e um coqueiro meio torto, além de uma arvorezinha de pequeno porte. Leila falou que era costume eles ficarem na rede a tarde, quando a casa esquentava, para tomar um ventinho. Falou também que o proprietário estava à procura de alguém para arrancar o coqueiro que perigava cair. Depois de concluirmos a "vistoria" da casa, perguntei aonde poderíamos sentar para conversar sobre a bebê, e Leila me levou a sala, onde havia um sofá pequeno e duas cadeiras do conjunto, uma TV de tubo grande num pequeno "rack". Além de uma cadeira plástica perto da máquina de fliperama. Durante nossa conversa, não fomos interrompidas, a não ser pelo barulho do latido dos cães. O tio permaneceu na sala, simpático, mas reservado, segurando a pequena Laura enquanto conversávamos. Ela se demonstrou bem ativa, ficando de pé nos braços do tio, sorridente, observando-nos. A outra filha demonstrava curiosidade e poucas vezes chamou a atenção da mãe para perguntar algo. Quando eu pedi uma boneca para demonstrar

como estimular a Laurinha, a irmã trouxe uma boneca pequena, mas que chorava e falava algo quando se apertava sua barriga. Não vi muitos brinquedos na casa, apenas uma piscina plástica de 50 cm de diâmetro dentro do berço e alguns bonecos plásticos na cama do casal. A mãe falou que a criança brincava mais em cima da cama do que no chão, e que também ficava muito tempo nos braços, não tinha carrinho. A sala e o quarto da filha maior eram limpos e bem organizados, de piso de cacos de cerâmica; enquanto no quarto do casal, o piso era de cerâmica inteira, mas reinava a bagunça geral, parecia ser onde tudo acontecia. As paredes da casa eram rebocadas e pintadas, embora a textura não fosse bem lisa. Ao falar do marido, M7 expressou a vontade de trabalhar fazendo faxina para complementar a renda familiar. Disse que sua cunhada poderia ajudar ficando com a bebê.

P - COMO É QUE VOCÊ ESTÁ VENDENDO O DESENVOLVIMENTO DE C7?

M7 - Depois que ela começou a fazer a fisioterapia lá no Gonzaguinha, o desenvolvimento dela ficou melhor. Porque antes dela fazer, ela ainda tinha o *pescoçinho* mole, ela não tinha o *pescoçinho* duro, ela veio endurecer depois que ela começou as sessões. Ela (pausa) a gente falava com ela e ela ainda não observava, não prestava muito bem atenção no brinquedo quando a gente passava. Aí depois que ela começou a fazer, ela desenvolveu.

P - ELA COMEÇOU CEDO?

M7 - Não. Esse foi o problema. Faz pouco tempo que ela começou, não está nem com quatro meses.

P - ELA FOI ENCAMINHADA AO NASCER?

M7 - Foi, mas não tinha vaga.

P - ELA ESTÁ COM QUE IDADE AGORA?

M7 - Nove meses.

P - MAS VOCÊ SABE QUE TEM A IDADE CORRIGIDA?

M7 - Sei. A moça falou, ela vai fazer 10, é como se ela tivesse oito para nove.

P - ME FALE UM POUCO DE COMO ELA ESTÁ SE MOVIMENTANDO.

M7 - Ela ainda não se arrasta, mas já vira, sai da cama. Mas ela ainda não está sentando direito. Ela está sentando agora, e eu não boto ela assim no chão porque ela não senta firme ainda. Eu boto ela mesmo mais é na cama.

P - MAS VOCÊ SABE QUE É BOM COLOCAR NO CHÃO PARA ENDURECER AS COSTAS PREPARANDO PARA O SENTAR? O QUE FALARAM NA ESTIMULAÇÃO SOBRE ISSO?

M7 - É (pausa) elas disseram que tinha que botar ela assim de costas.

(Nesse momento eu peço uma bonequinha mole da irmã, e demonstro como é que deve estimular nessa posição)

P - ME FALE DA SUA ROTINA EM CASA.

M7 - É tranquilo. Geralmente ela dorme até nove, 10 horas. Dependendo do horário que ela se alimenta, ela acorda nove, 10 horas. Ela acorda, se alimenta, aí fica com meu irmão para eu poder fazer as coisas. Aí meu marido vem almoçar em casa, que ele trabalha de serviços gerais aqui perto, no Ari de Sá, ele sai de 12 e meia. E

quando é dia de eu ir para as sessões dela, ele vai comigo, passa um pedacinho lá e depois vai embora, que ela entra de três.

P - E VOCÊS VÃO DE QUE?

M7 - De ônibus, a gente pega um aqui pertinho para não ir andando até as seis bocas, e nas seis bocas a gente pega outro. Às vezes, dependendo do tempo, se estiver chovendo, alguma coisa assim, aí se tiver com dinheiro, a gente pede um carro. Porque, assim, ela vive muito gripada, e às vezes ela falta muito as sessões, quando não é uma coisa, é outra que ela pega. Aí quando está o tempo assim, se a gente tiver disponível de dinheiro a gente vai com ela de carro.

P - COMO É A ALIMENTAÇÃO DELA?

M7 - Ela toma mingau pela manhã. Aí a tarde, umas nove, 10 horas eu ofereço suco, suco de fruta ou a fruta mesmo (pausa) aí eu tento oferecer a sopa, porque ela não é muito boa para aceitar a sopa ou a fruta mesmo (pausa) ela não é muito boa, nem sempre ela quer.

P - E COMO É PARA VOCÊ CUIDAR DELA EM CASA? EM RELAÇÃO AO QUE FOI COM A SUA PRIMEIRA FILHA, O QUE VOCÊ ESTÁ ACHANDO?

M7 - É mais complicado. Eu fico ansiosa, na espera do desenvolvimento dela, para saber como ela vai ficar, como é que vai ser o jeito dela, né? Se ela vai agir assim, como uma criança normal, né? Se ela vai ser muito agitada, se ela vai ser (pausa) se ela vai perceber que ela tem alguma diferença.

P- E VC ACHA QUE ELA TEM ALGUMA DIFERENÇA?

MÃE- Assim..eu olho pra ela, não sinto que ela tem, porque ela age como uma criança normal, como ela era quando era bebê. Ela não apresenta nenhuma (diferença).. porque quando a gente conversa com ela, ela sorri, ela grita. Quando a gente come ela já apresenta que ela quer, ela toma o gosto. Então, eu não vejo nenhuma diferença nela, não.

P- E O QUE ESPERA DA TERAPIA?

MÃE- É ajudar mesmo no movimento, porque como ela vai fazer 10 meses, ela não senta direito, aí eu fico lutando pra ela sentar.

P- E SOBRE A ALIMENTAÇÃO DELA?

MÃE- Ela mastiga, come direito. Ela não faz mesmo é gostar da fruta e da sopa, é do paladar mesmo, do gosto. O negócio dela é querer tomar mingau. Mas eu ofereço, é que realmente ela não gosta muito. Mas assim, se a gente punhá arroz na boca dela, ela come facinho, facinho.. miolo do pão, alguma coisa assim que a gente teja comendo, ela quer, ela come direitinho, ela mastiga bem.

P- E EM RELAÇÃO A ESTIMULAÇÃO, VC COMPREENDE O QUE É FEITO LÁ?

MÃE- Elas... por enquanto elas tão ajudando mesmo ela no sentar dela. Só que, assim, elas não sentam mais ela no chão. Eu entendi a menina dizer lá que ela já passou da fase do chão. Não sei se eu entendi errado, não sei.. ela disse alguma coisa assim, só que eu não prestei muito bem atenção.. porque ela não gosta muito de ficar só com as meninas, aí eu acabo ficando lá dentro. Quando eu saio, ela chora muito. Ela tá assim naquela fase de estranhar..

P- E O QUE VOCE OBSERVA QUANDO ESTÁ LÁ DENTRO?

MÃE- Elas sentam ela na cadeirinha com mesinha, botam um apoio no pézinho dela, porque elas disseram que ela tem que tá sempre apoiada, porque ela tem que ficar sempre com o pezinho apoiado, não pode ficar balançando. Aí ela senta ela lá na cadeirinha, segura só aqui, porque ela não tem o apoio assim; agora ela está melhor, porque no começo ela não tinha assim o apoio de ficar, fica ainda mole assim.

P- E QUAIS SÃO OS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM COM ELA LÁ? E O QUE SÃO?

MÃE- Tem a Érika.

P- O QUE A ÉRIKA É, VOCE SABE?

MÃE- Eu acho... não sei.

P- QUEM MAIS?

MÃE- Tem a P.. e tem a Fono, que eu esqueci o nome dela, porque a Fono tá com pouco tempo que ela tá lá.

P- BOM, UMA É A FONO. E AS OUTRAS DUAS VC ACHA QUE SÃO O QUE?

MÃE- ...

P- FISIOTERAPEUTA?

MÃE- É. Fisioterapeuta e a T.O.

P- VOCE COMPREENDE O QUE CADA UMA FAZ?

MÃE- Não, rsrs. Porque eu olho e pra mim, as duas faz a mesma coisa.

P- VOCE PODE PERGUNTAR LÁ, TIRAR SUAS DÚVIDAS. VOCE JÁ PERGUNTOU?

MÃE- Não. Porque a Érika faz, a P faz; para mim é a mesma coisa, eu acho tudo parecido. Eu acabo achando que as duas é a mesma coisa; eu ainda não perguntei, não.

(Nesse momento eu explico de forma coloquial que se trata de uma estimulação global sensório-motora da criança, onde os profissionais trabalham com objetivos específicos que muitas vezes levam a ações convergentes.)

Há uma pausa e a mãe prossegue com a fala:

MÃE- Aí ela é acompanhada pelo Dr. Cabral também, que é o Neurologista do Gonzaguinha.

P- COMO VOCE SE SENTE NO ACOLHIMENTO LÁ DO GONZAGUINHA?

MÃE- Eu me sinto bem. Porque eu andei em vários cantos atrás do acompanhamento dela, e eu não conseguia. Tá bom lá, eu estou gostando. Principalmente com as meninas, que eu tou vendo a diferença.

P- TEM MAIS ALGUM ACOMPANHAMENTO?

MÃE- Tem também a pediatra , a Dilma.

P- VOCE ACHA QUE VAI FICAR LÁ QUANTO TEMPO NA TERAPIA?

MÃE- Eu acho que um pedacinho ainda, porque teve uma moça uma vez falando que elas tavam só esperando a filha dela andar pra poderem elas dar alta à bebê, e minha num consegue nem sentar direito..

P- E VOCE RECEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO DO QUE FAZER EM CASA PRA AJUDAR NA ESTIMULAÇÃO DELA?

MÃE- Recebi... Que botasse ela assim do jeito que a senhora colocou, pra ajudar ela sentar. Dar alguma coisa pra ela brincar, porque ela movimenta mais uma mão do que a outra, mais aquela do que essa .. se eu vesse que ela tava brincando mais com essa, eu segurasse pra poder ela movimentar essa.

P- EU ESTOU VENDENDO QUE ELA ESTÁ BEM, ESTÁ ÓTIMA...!

MÃE- Ela teve consulta com Dr. André esse mês, quarta-feira retrasada.

P- E O QUE ELE DISSE?

MÃE- Ele disse que ela tava bem. Só não deu pra ele avaliar melhor, que ela tava muito gripadinha. Aí ele disse que a gripe atrapalhou um pouco. Mas que ela tava bem... Da última vez que ele tinha visto ela, ela ainda não tava durinha, o pescoço mole, inda não tava durinha.. e ela não observava o que a gente mostrava a ela. Mas dessa vez ela já interagiu todinha, totalmente.

P- TEM MAIS ALGO QUE VOCE DESEJA FALAR?

MÃE- Não.

SÉTIMA ENTREVISTA 27/Junho/15

Mãe da criança C 7, 26 anos, prematuro de 32 semanas.

OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA:

A entrevista havia sido marcada dois dias antes e eu compareci a residência no período da tarde, conforme o combinado. O casal mora em uma estreita casa alugada, de porta e janela, numa rua asphaltada, em frente a um terreno grande murado, no bairro da Sapiranga, uma região mesclada de boas casas planas, duplex, condomínios de casas e favelas. Além do marido (28 anos) e da filha mais velha de 5 anos, junto também mora o irmão de 14 anos da M7, que foi pra lá depois que a mãe morreu aos 49 anos de insuficiência renal há cerca de um ano. Outro irmão foi morar com sua irmã. M7 me recebeu sorridente e entrei na pequena sala, onde a esquerda um garoto de aproximadamente sete anos jogava fliperama. O jogo de fliperama fazia parte da renda da família; M7 e o irmão se revezavam na administração da máquina. M7 pediu ao jovem cliente para sair e voltar depois para continuar seu jogo. Este se afastou não mais que alguns metros, ficando entre a calçada e a porta da sala, ansioso por retomar sua partida, e disfarçadamente conversava com o irmão de M7, que estava sentado numa cadeira logo na entrada da casa, com a sobrinha caçula nos braços. Pedi a M7 que me apresentasse sua família e a casa. A casa era construída em um só vão, seguindo os compartimentos sem porta: sala, quarto da filha mais velha, banheiro, quarto do casal, cozinha e quintal. O primeiro quarto era bem espaçoso, com a cama de solteiro da filha mais velha, um guarda-roupa, o único da casa que era compartilhado com todos, apesar de ter apenas três portas, e uma escrivaninha onde nas gavetas também eram

guardadas coisas do bebê. Nele também dormia o tio numa rede. Subindo um batente, M7 me mostrou o banheiro a nossa esquerda. No box havia uma banheira no chão onde banhava a filhinha. Na entrada do quarto a seguir tinha uma cômoda e uma cama de casal encostada na parede, em frente ao berço da C7. Havia roupas espalhadas por todos os cantos: no berço, na cama, em cadeiras no quarto, diversos, como toalhas, sacos e mochilas penduradas nos armadores. Fomos andando enquanto eu observava e fazia minhas memórias fotográficas. Ouvíamos muito barulho de cães latindo na vizinhança bem próxima. Perguntei como era o clima e Leila me disse que o quarto dela era o mais quente e tinha muito mosquito, justificou que o berço estava sem cortinado porque estava empoeirado e ela tinha tirado para lavar. Em seguida me mostrou a cozinha, que era bem apertada e abrigava os utensílios, uns ao lado do outro: fogão, geladeira, armário e máquina de lavar roupa, que M7 informou que pertencia a sua mãe, que por causa da fístula de hemodiálise não podia fazer esforço de lavagem de roupa. Na casa não havia mesa. Por uma porta daquelas repartidas ao meio, víamos o quintal, com uma rede ao fundo e um coqueiro meio torto, além de uma arvorezinha de pequeno porte. M7 falou que era costume eles ficarem na rede a tarde, quando a casa esquentava, para tomar um ventinho. Falou também que o proprietário estava à procura de alguém para arrancar o coqueiro que perigava cair. Depois de concluirmos a "vistoria" da casa, perguntei aonde poderíamos sentar para conversar sobre a bebê, e Leila me levou a sala, onde havia um sofá pequeno e duas cadeiras do conjunto, uma TV de tubo grande num pequeno "rack", além de uma cadeira plástica perto da máquina de fliperama. Durante nossa conversa, não fomos interrompidas, a não ser pelo barulho do latido dos cães. O tio permaneceu na sala, simpático, mas reservado, segurando a pequena C7 enquanto conversávamos. Ela se demonstrou bem ativa, ficando de pé nos braços do tio, sorridente, observando-nos. A outra filha demonstrava curiosidade e poucas vezes chamou a atenção da mãe para perguntar algo. Quando eu pedi uma boneca para demonstrar como estimular a C7, a irmã trouxe uma boneca pequena, mas que chorava e falava algo quando se apertava sua barriga. Não vi muitos brinquedos na casa, apenas uma piscina plástica de 50 cm de diâmetro dentro do berço e alguns bonecos plásticos na cama do casal. A mãe falou que a criança brincava mais em cima da cama do que no chão, e que também ficava muito tempo nos braços, não tinha carrinho. A sala e o quarto da filha maior eram limpos e bem organizados, de piso de cacos de cerâmica; enquanto no quarto do casal, o piso era de cerâmica inteira, mas reinava a bagunça geral, parecia ser onde tudo acontecia. As paredes da casa eram rebocadas e pintadas, embora a textura não fosse bem lisa. Ao falar do marido, M7 expressou a vontade de trabalhar fazendo faxina para complementar a renda familiar. Disse que sua cunhada poderia ajudar ficando com a filha.

P - COMO É QUE VOCÊ ESTÁ VENDENDO O DESENVOLVIMENTO DE C7?

M7 - Depois que ela começou a fazer a fisioterapia lá no Gonzaguinha, o desenvolvimento dela ficou melhor. Porque antes dela fazer, ela ainda tinha o *pescoçinho* mole, ela não tinha o *pescoçinho* duro, ela veio endurecer depois que ela começou as sessões. Ela (pausa) a gente falava com ela e ela ainda não observava, não prestava muito bem atenção no brinquedo quando a gente passava. Aí depois que ela começou a fazer, ela desenvolveu.

P - ELA COMEÇOU CEDO?

M7 - Não. Esse foi o problema. Faz pouco tempo que ela começou, não está nem com quatro meses.

P - ELA FOI ENCAMINHADA AO NASCER?

M7 - Foi, mas não tinha vaga.

P - ELA ESTÁ COM QUE IDADE AGORA?

M7 - Nove meses.

P - MAS VOCÊ SABE QUE TEM A IDADE CORRIGIDA?

M7 - Sei. A moça falou, ela vai fazer 10, é como se ela tivesse oito para nove.

P - ME FALE UM POUCO DE COMO ELA ESTÁ SE MOVIMENTANDO.

M7 - Ela ainda não se arrasta, mas já vira, sai da cama. Mas ela ainda não está sentando direito. Ela está sentando agora, e eu não boto ela assim no chão porque ela não senta firme ainda. Eu boto ela mesmo mais é na cama.

P - MAS VOCÊ SABE QUE É BOM COLOCAR NO CHÃO PARA ENDURECER AS COSTAS PREPARANDO PARA O SENTAR? O QUE FALARAM NA ESTIMULAÇÃO SOBRE ISSO?

M7 - É (pausa) elas disseram que tinha que botar ela assim de costas.

(Nesse momento eu peço uma bonequinha mole da irmã, e demonstro como é que deve estimular nessa posição)

P - ME FALE DA SUA ROTINA EM CASA.

M7 - É tranquilo. Geralmente ela dorme até nove, 10 horas. Dependendo do horário que ela se alimenta, ela acorda nove, 10 horas. Ela acorda, se alimenta, aí fica com meu irmão para eu poder fazer as coisas. Aí meu marido vem almoçar em casa, que ele trabalha de serviços gerais aqui perto, no Ari de Sá, ele sai de 12 e meia. E quando é dia de eu ir para as sessões dela, ele vai comigo, passa um pedacinho lá e depois vai embora, que ela entra de três.

P - E VOCÊS VÃO DE QUE?

M7 - De ônibus, a gente pega um aqui pertinho para não ir andando até as seis bocas, e nas seis bocas a gente pega outro. Às vezes, dependendo do tempo, se estiver chovendo, alguma coisa assim, aí se tiver com dinheiro, a gente pede um carro. Porque, assim, ela vive muito gripada, e às vezes ela falta muito as sessões, quando não é uma coisa, é outra que ela pega. Aí quando está o tempo assim, se a gente tiver disponível de dinheiro a gente vai com ela de carro.

P - COMO É A ALIMENTAÇÃO DELA?

M7 - Ela toma mingau pela manhã. Aí a tarde, umas nove, 10 horas eu ofereço suco, suco de fruta ou a fruta mesmo (pausa) aí eu tento oferecer a sopa, porque ela não é muito boa para aceitar a sopa ou a fruta mesmo (pausa) ela não é muito boa, nem sempre ela quer.

P - E COMO É PARA VOCÊ CUIDAR DELA EM CASA? EM RELAÇÃO AO QUE FOI COM A SUA PRIMEIRA FILHA, O QUE VOCÊ ESTÁ ACHANDO?

M7 - É mais complicado. Eu fico ansiosa, na espera do desenvolvimento dela, para saber como ela vai ficar, como é que vai ser o jeito dela, né? Se ela vai agir assim, como uma criança normal, né? Se ela vai ser muito agitada, se ela vai ser (pausa) se ela vai perceber que ela tem alguma diferença.

P - E VOCÊ ACHA QUE ELA TEM ALGUMA DIFERENÇA?

M7 – Assim, eu olho para ela, não sinto que ela tem, porque ela age como uma criança normal, como ela era quando era bebê. Ela não apresenta nenhuma (diferença) (pausa) porque quando a gente conversa com ela, ela sorri, ela grita. Quando a gente come ela já apresenta que ela quer, ela toma o gosto. Então, eu não vejo nenhuma diferença nela, não.

P - E O QUE ESPERA DA TERAPIA?

M7 - É ajudar mesmo no movimento, porque como ela vai fazer 10 meses, ela não senta direito, aí eu fico lutando para ela sentar.

P - E SOBRE A ALIMENTAÇÃO DELA?

M7 - Ela mastiga, come direito. Ela não faz mesmo é gostar da fruta e da sopa, é do paladar mesmo, do gosto. O negócio dela é querer tomar mingau. Mas eu ofereço, é que realmente ela não gosta muito. Mas assim, se a gente põe arroz na boca dela, ela come *facinho, facinho* (pausa) miolo do pão, alguma coisa assim que a gente esteja comendo, ela quer, ela come direitinho, ela mastiga bem.

P - EM RELAÇÃO A ESTIMULAÇÃO, VOCÊ COMPREENDE O QUE É FEITO LÁ?

M7 – Elas (pausa) por enquanto elas estão ajudando mesmo ela no sentar dela. Só que, assim, elas não sentam mais ela no chão. Eu entendi a menina dizer lá que ela já passou da fase do chão. Não sei se eu entendi errado, não sei. Ela disse alguma coisa assim, só que eu não prestei muito bem atenção (pausa) porque ela não gosta muito de ficar só com as meninas, aí eu acabo ficando lá dentro. Quando eu saio, ela chora muito. Ela está assim naquela fase de estranhar.

P - E O QUE VOCÊ OBSERVA QUANDO ESTÁ LÁ DENTRO?

M7 - Elas sentam ela na cadeirinha com *mesinha*, botam um apoio no *pézinho* dela, porque elas disseram que ela tem que estar sempre apoiada, porque ela tem que ficar sempre com o *pézinho* apoiado, não pode ficar balançando. Aí ela senta ela lá na cadeirinha, segura só aqui, porque ela não tem o apoio assim. Agora ela está melhor, porque no começo ela não tinha assim o apoio de ficar, fica ainda mole assim.

P - E QUAIS SÃO OS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM COM ELA LÁ? E O QUE SÃO?

M7 - Tem a Érika.

P - O QUE A ÉRIKA É, VOCÊ SABE?

M7 - Eu acho (pausa) não sei.

P - QUEM MAIS?

M7 - Tem a Cláudia e tem a Fono, que eu esqueci o nome dela, porque a Fono está com pouco tempo que ela está lá.

P - BOM, UMA É A FONO. E AS OUTRAS DUAS VC ACHA QUE SÃO O QUE?

M7 – (Silêncio).

P - FISIOTERAPEUTA?

M7 - É. Fisioterapeuta e a T.O.

P - VOCÊ COMPREENDE O QUE CADA UMA FAZ?

M7 - Não, (risos). Porque eu olho, e para mim, as duas fazem a mesma coisa.

P- VOCÊ PODE PERGUNTAR LÁ, TIRAR SUAS DÚVIDAS. VOCÊ JÁ PERGUNTOU?

M7 - Não. Porque a Érika faz, a Cláudia faz (pausa) para mim é a mesma coisa, eu acho tudo parecido. Eu acabo achando que as duas são a mesma coisa (pausa) eu ainda não perguntei, não.

(Nesse momento eu explico de forma coloquial que se trata de uma estimulação global sensório-motora da criança, onde os profissionais trabalham com objetivos específicos que muitas vezes levam a ações convergentes.)

Há uma pausa e a mãe prossegue com a fala:

M7 - Aí ela é acompanhada pelo Dr. Cabral também, que é o Neurologista do Gonzaguinha.

P - COMO VOCÊ SE SENTE NO ACOLHIMENTO LÁ DO GONZAGUINHA?

M7 - Eu me sinto bem. Porque eu andei em vários cantos atrás do acompanhamento dela, e eu não conseguia. Está bom lá, eu estou gostando. Principalmente com as meninas, que eu estou vendo a diferença.

P - TEM MAIS ALGUM ACOMPANHAMENTO?

M7 - Tem também a pediatra, a Dilma.

P - VOCÊ ACHA QUE VAI FICAR QUANTO TEMPO NA TERAPIA?

M7 - Eu acho que um *pedacinho* ainda, porque teve uma moça uma vez falando que elas estavam só esperando a filha dela andar para elas poderem dar alta à bebê, e a minha não consegue nem sentar direito.

P - E VOCÊ RECEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO DO QUE FAZER EM CASA PARA AJUDAR NA ESTIMULAÇÃO DELA?

M7 - Recebi, que botasse ela assim do jeito que a senhora colocou, para ajudar ela sentar. Dar alguma coisa para ela brincar, porque ela movimenta mais uma mão do que a outra, mais aquela do que essa (pausa) se eu visse que ela estava brincando mais com essa, eu segurasse para poder ela movimentar essa.

P - EU ESTOU VENDO QUE ELA ESTÁ BEM, ESTÁ ÓTIMA!

M7 - Ela teve consulta com Dr. André esse mês, quarta-feira retrasada.

P - E O QUE ELE DISSE?

M7 - Ele disse que ela estava bem. Só não deu para ele avaliar melhor, que ela estava muito *gripadinha*. Aí ele disse que a gripe atrapalhou um pouco. Mas que ela estava bem. Da última vez que ele tinha visto ela, ela ainda não estava *durinha*, o pescoço mole, ainda não estava *durinha* (pausa) e ela não observava o que a gente mostrava a ela. Mas dessa vez ela já interagiu *todinha*, totalmente.

P - TEM MAIS ALGO QUE VOCÊ DESEJA FALAR?

M7 - Não.

OITAVA ENTREVISTA 28/07/2015

Mãe da criança C8, 15 anos, prematura de 31 semanas.

OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA:

M 8 mora na casa dos pais com a filha. Fui recebida pela mãe de M 8, de 49 anos, que abriu o portão largo de alumínio. M 8 estava no banho, com a filha. O terreno abrigava duas pequenas casas conjugadas, com uma boa área na frente, onde brincavam as crianças das famílias que lá moravam, parentes próximos. Uma das casas era dos avós de M8, e a outra dos seus pais. Nos fundos ainda havia uma terceira casa, onde morava uma tia de M 8. Surgiu a M 8 com a filha, que convidou-me para ver a casa. Ao entrarmos, mostrou-me os compartimentos: sala com sofá e TV; quarto com cama de solteiro de M 8 e berço da C 8, uma cômoda e uma arara com roupas e sacolas; algumas bonecas em uma prateleira. O segundo quarto era da mãe de M 8 e estava fechado. O terceiro compartimento era a cozinha, com fogão, geladeira, mesa de ferro e quatro cadeiras. O banheiro ficava na cozinha. Na saída para o quintal, ficava a lavanderia. O ambiente estava limpo e organizado. A mãe de M 8 acompanhou a entrevista.

P- COMO É QUE VC ESTÁ VENDENDO O DESENVOLVIMENTO DA M.?

M 8- Eu vi que mudou muito, porque quando ela começou ela era um pouco atrasada. Até quando ela já tinha um pouco mais de um ano, ela não andava. Enquanto outras crianças com menos anos, andava.

P- E ELA ENTROU COM QUE IDADE?

M 8- Lá, ela entrou com uns três meses, eu acho. Ela entrou novinha, por isso que ela conseguiu, assim, por mais que ela fosse prematura, ela tipo, por mais que fosse atrasada, ela conseguia fazer as coisas. Porque ela estava lá.

P- E FOI DIFÍCIL ENTRAR LÁ?

M 8- Foi não. Porque como ela nasceu lá, já deram encaminhamento e tudo.

P- E VOCÊ PROCUROU LOGO?

M 8- Fui. Quando ela teve alta, eles já disseram para mim ir lá. Aí eu marquei e fui com a minha mãe. Tinha as reuniões antes (pausa).

P- E O QUE VOCÊ ACHAVA DE IR PARA LÁ?

M 8- Achava importante, só que, assim, eu não podia ir muito, porque eu estudava pela manhã, aí quem sempre foi, foi minha mãe. Eu fui poucas vezes. Só quando estava de férias. Ou quando tinha uma folga da escola, aí eu ia, mas sempre quem ia com ela era a minha mãe.

P- ENTÃO, COMO QUE VOCÊS VIAM O DESENVOLVIMENTO DELA A PARTIR DA ESTIMULAÇÃO FEITA NO HOSPITAL?

M 8- Sempre teve resultado. A gente sempre viu que sempre foi melhorando. Ela sempre foi fazendo as coisinhas, sentando, engatinhando (pausa).

P- E TINHA ALGUMA ORIENTAÇÃO PRA CASA?

M 8- Sempre, sempre elas falavam (pausa) (nesse momento dirigia o olhar à mãe)

P- ERA A SENHORA QUEM RECEBIA AS ORIENTAÇÕES?

AVÓ- É. Quando eu ia, elas me falavam. Quando ela ia, elas falavam para ela também.

P- E ERA FÁCIL DE COMPREENDER? DAVA PARA FAZER EM CASA?

AVÓ- Era, não era complicado, não.

M 8- Era difícil porque algumas coisas ela não aceitava, ela não gostava, ela chorava (pausa).

P- E O QUE ELA NÃO GOSTAVA?

M 8- Tipo assim, botar a barriga para baixo, ela não gostava muito, não é?! Aí ela dizia: não, mas você tem que colocar, porque por mais que ela chore, ela tem que ficar um pouquinho. Depois ela começou a se acostumar.

P- COMO É PARA VOCÊ CUIDAR DELA EM CASA?

M 8- É, quem cuida mais dela, assim, é a minha mãe, que ela não sai mais. Quando ela era pequenininha, a gente tinha que ter mais cuidado, a gente queria ter mais cuidado. Porque ela era prematura e sempre tinha a questão de ter mais cuidado, que elas sempre passaram para gente, tanto quando eu estava lá no hospital. Só que era normal, era assim, ela nunca foi de viver doente, era poucas vezes que ela adoeceu (pausa).

P- E O QUE ERA QUE ELA FAZIA LÁ?

MÃE- A gente não via, (risos), era lá dentro.

AVÓ- Elas estimulavam lá ela ficar (pausa), para tudo, não é?! Para sentar, para rolar (pausa).

M 8- [...] para engatinhar.

AVÓ- [...] para pegar as coisas, como pegar (pausa).

M 8- Logo no começo, que eu ia, era para ver se ela seguia com os olhos e tal, olhava para os objetos (pausa).

AVÓ- Só que a gente não entrava, não. Elas ficam sozinhas com a criança lá.

P- A SENHORA NUNCA ENTROU?

AVÓ- Não, só entrava quando elas chamavam para orientar alguma coisa. Na maioria das vezes, elas ficavam só com a neném lá.

P- E COMO VOCÊS VIAM A ESTIMULAÇÃO?

M 8- Não, as vezes que eu vi, que era quando ela era pequenininha ainda, era com algum objeto de chocalho, para poder ela seguir o som, para poder ela ver, seguir com os olhos. Botava do lado, para ela virar. As vezes que eu vi, assim, porque as outras vezes quem ia era a minha mãe e depois que ela ficou maiorzinha, elas entravam só com ela, a gente ficava só lá fora.

P- ME FALE DA SUA ROTINA EM CASA.

M 8- Logo no começo eu fiquei em casa, eu não estava indo para o colégio. A minha mãe estava em casa, ela me ajudava. Ela acordava de madrugada, aí eu acordava

para dar de mamar. Ela acordava de manhãzinha, aí eu ficava com ela, banhava. Ela aqui (avó) era que cuidava das coisas da casa. Durante o dia ela dormia mais, agora ela só dorme de tarde.

P- E COMO ELA PASSAVA O DIA, ESTANDO ACORDADA?

M 8- Ela ficava no braço, no carrinho e na rede-berço. A gente botava aqui na sala e ela ficava na redinha-berço. E não ficava só dormindo.

P- E NO CHÃO, ELA FOI COM QUE IDADE?

M 8- Com cinco ou seis meses ela começou a ir para o chão, porque ela começou a querer sentar. Aí elas disseram que a gente já podia colocar ela mais no chão.

P- E O QUE ELA FICAVA FAZENDO, ENQUANTO ESTAVA NO CHÃO?

M 8- A gente botava uns brinquedinhos perto e deixava ela deitadinha de barriga para baixo. Depois ela foi começando a sentar. Aí quando ela foi começando a sentar, a gente colocava almofada, que era para caso ela cair, não é?!

P- VOCÊS MORAM JUNTAS? QUEM MORA MAIS AQUI?

M 8- É, eu moro aqui com ela. É eu, ela, meu pai e a C 8.

P- E O PAI DELA?

M 8- O pai dela não mora com a gente, não. Mas tem contato. Só que assim que ela chegou do hospital ele morava aqui. Aí ele trabalhava, o meu pai também. A minha mãe ficava em casa, e eu ficava com ela. A minha mãe fazia as coisas, eu cuidava dela, a minha mãe também (pausa).

P- E COMO ESTÁ SENDO PARA VOCÊ SER UMA MÃE TÃO JOVEM?

M 8- É difícil, é complicado. Porque, querendo ou não, prende muito. Não prende tanto, porque a minha mãe fica muito com ela. Até quem cuida mais é a minha mãe do que tanto eu, assim, mas prende, prende muito a pessoa. A pessoa, querendo ou não, tem que criar responsabilidade bem antes do que as minhas outras amigas, ter mais maturidade, mais do que elas, que até mesmo eu já sou mãe, eu tenho uma filha.

P- E ESTÁ SENDO (pausa) (antes que eu completasse a pergunta, a mãe interveio, complementando a fala anterior)

M 8- É bom, é muito bom. É estressante, às vezes, porque (risos) às vezes ela tira todo mundo do sério, porque ela não pára. Mas é bom.

P- E VOCÊ TEM ALGO A DIZER DO SETOR DA ESTIMULAÇÃO?

M 8- Eu só tenho a agradecer. Porque tudo que eles fizeram lá, eu sei que foi para o bem dela. Tanto não só lá no setor da Estimulação, como todos os cantos que eu fui atendida lá, desde o meu pré-natal que eu fiz lá, até agora ela grandinha. Sempre eles me trataram bem, tanto eu quanto ela, não vi nada de errado lá.

P- ME FALE COMO VOCÊ ACHA QUE DEVE SER A ESTIMULAR EM CASA.

M 8- Não (pausa), eu acho que, botando assim, sempre mostrando as coisas pra ela, as coisas novas; não prendendo demais. Porque a criança que é muito presa também não consegue fazer as coisas. Assim, tipo não ter muito medo de deixar ela fazer aquilo, porque "ai, ela pode cair!", mas também ter cuidado.

P- ELA ESTÁ COM QUE IDADE AGORA? COMO ELA SE DISTRAI, COM O QUE ELA BRINCA?

M 8- 1 ano e 4 meses. Ela não gosta muito mais de sentar e brincar. Ela fica só andando agora, na casa todinha. E eu fico muito feliz mesmo dela ter se desenvolvido tão rápido! Fico aliviada dela estar andando assim.

AVÓ- Ela gosta muito é de mexer. O armário da cozinha é todo amarrado, porque senão ela abre, tira tudo se for possível.

M 8- Ela gosta de ficar também no quintal, lá atrás, que tem a casa da minha tia. Mas ela fica muito aqui na sala.

AVÓ- Ela balança a neném, fala com a nenê (boneca).

P- COMO VOCÊ VÊ O "BRINCAR" NA VIDA DE UMA CRIANÇA?

M 8- Eu acho importante, porque tanto desenvolve com toma o tempo. Eles conseguem usar a imaginação (pausa). Eu acho muito importante a criança brincar, não assim sempre, tem que ter o horário e tudo.

P- E COM É O RELACIONAMENTO COM O PAI DELA?

M 8- É bem. Ele sempre vem aqui em casa. Dia de domingo ele leva ela para passar o dia com ele. Logo que ela vê, ela chora, porque ela não está acostumada, mas depois ela pronto.

P- TEM MAIS ALGO QUE VOCE DESEJA FALAR?

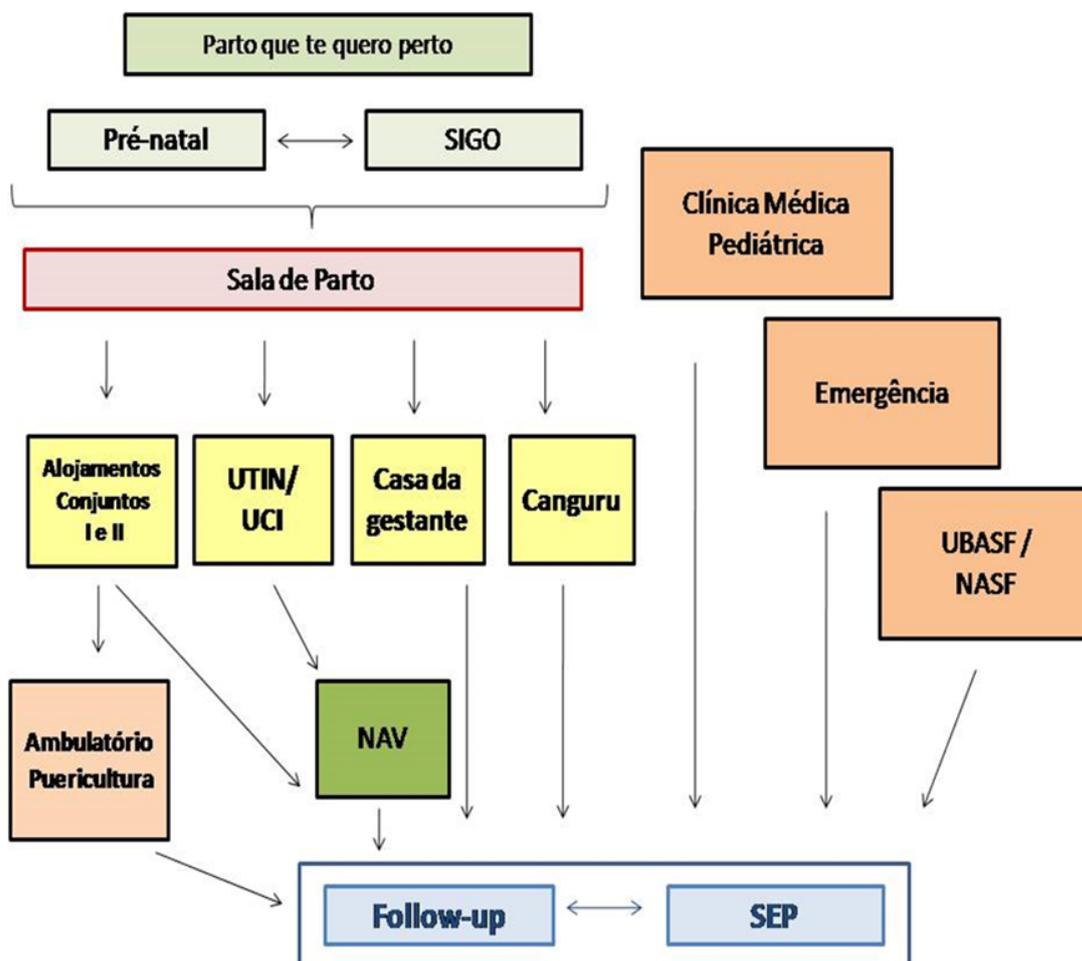
M 8- Acho que não.

***ANEXOS***

---

## ANEXO A

### PROPOSTA DE FLUXOGRAMA PARA O FOLLOW-UP



Fonte: SEP/HDGMM, 2013.

## ANEXO B

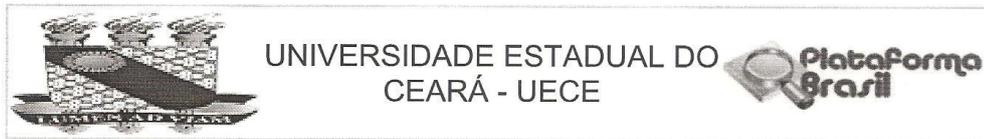
### CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA O SEP

<b>CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA O SERVIÇO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE</b>	
<b>SINAIS DE RISCO DO RN</b>	<b>SINAIS DE RISCOS MATERNOs</b>
Asfixia perinatal grave	RN de mães diabéticas
Hipoglicemia sintomática	RN de mães adolescentes
Hemorragia intracraniana grau II e III	RN de mães HIV positivo
Policitemia	RN de mães residentes em áreas sem cobertura do PSF
Infecções congênitas	RN de mães usuárias de álcool ou drogas
Neurolues	RN de mães usuárias de substâncias psicoativas
Rubéola	RN de mães analfabetas
Toxoplasmose	RN de mães com diagnóstico de transtornos mentais
Citomegalovírus	
Malformações graves	<b>SINAIS DE RISCO DA PRIMEIRA INFÂNCIA</b>
Hidropisia fetal imune e não imune	Ausência de sorriso
Infecções adquiridas	Ausência de reações a estímulos auditivos
Sepse grave	Ausência de reações a estímulos visuais
Meningite	Ausência de vocalizações
Osteomielite	
Síndromes genéticas ou cromossomopatias	Atraso de linguagem
RN submetidos à exsanguíneo transfusões	Mãos preferencialmente fechadas
RN de muito baixo peso (< 1.500 g)	Atraso na aquisição do desenvolvimento
RN com idade gestacional < 32 semanas	Equilíbrio de cabeça
Presença de sinais neurológicos	Levar a mão ao objeto
Ausência ou dificuldade de sucção e deglutição	Rolar
Irritabilidade	Engatinhar
Alterações tônicas	Sentar
Inadequação de reflexos primitivos	Pegar
Inadequação de reflexos posturais	Andar
Assimetrias	
Convulsões neonatais	Alterações da atividade motora
Tempo de ventilação ≥ 96 h	Criança quieta
IMV / CPAP ≥ 48 h	Criança agitada
O <sub>2</sub> total ≥ 5 dias	
Parada cardiorrespiratória	Dificuldades na transição alimentar
Erros inatos do metabolismo	Consistências
	Postura para alimentar
	Não tem interesse por pessoas e/ou objetos
	Alterações do tônus muscular
	Ausência de participação ativa na rotina de vida diária

Fonte: SEP/HDGMM, 2013.

## ANEXO C

### PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTIMULAÇÃO DA CRIANÇA PREMATURA NO DOMICÍLIO: PARTICIPAÇÃO MATERNA NA EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

**Pesquisador:** CLAUDIA SIMONE ROCHA ARAUJO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 42543215.8.0000.5534

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.040.362

**Data da Relatoria:** 24/04/2015

##### Apresentação do Projeto:

A pesquisa "estimulação da criança prematura no domicílio: participação materna na evolução do desenvolvimento". Trata-se de um estudo descritivo, observacional, com abordagem predominantemente qualitativa que pretende utilizar como referencial metodológico a hermenêutica. O estudo será realizado com mães de crianças com idade de 0 a 2 anos, de ambos os gêneros e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor em decorrência da prematuridade. Será critério de inclusão que as mães frequentem o Serviço de Estimulação Precoce (SEP) do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (HDGMM), em Fortaleza-CE, há mais de três meses

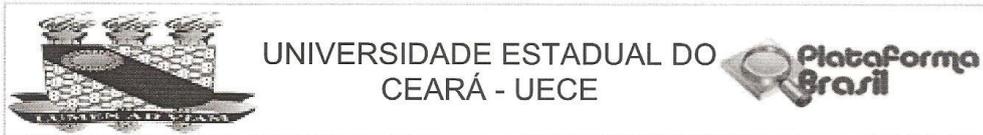
##### Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, o objetivo Primário da pesquisa é "Incentivar a participação materna na evolução do desenvolvimento da criança prematura" e os secundários são "1) Compreender a percepção da mãe sobre a estimulação da criança prematura no domicílio; 2) Proporcionar à mãe elementos que favoreçam a aquisição de habilidades para a estimulação do desenvolvimento psicomotor da criança prematura".

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, a pesquisadora descreve "Os riscos da pesquisa são mínimos, dentre estes se incluem possível constrangimento e alterações emocionais, porém a pesquisadora empreenderá

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700  
**Bairro:** Itaperi      **CEP:** 60.714-903  
**UF:** CE      **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3101-9890      **Fax:** (85)3101-9906      **E-mail:** anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.040.362

estratégias para deixar a participante confortável contornando tais situações, garantindo que não haverá nenhum dano emocional ou constrangimento e que esta poderá desistir de participar do presente estudo a qualquer momento, sem que lhe acarrete qualquer penalidade”.

- 1) Os riscos estão descritos –ok;
- 2) As estratégias para contornar os riscos estão descritas -ok;
- 3) Não foram identificados riscos além dos previsto pelo pesquisador – ok ;
- 4) Os custos de transporte serão arcados pelo pesquisador – ok ;
- 5) A pesquisadora escreve “garantindo que não haverá nenhum dano emocional ou constrangimento”, demonstrando que parte do pressuposto que estes não ocorram ainda que mencione a possibilidade existência dos mesmos (Sugere-se substituição da expressão “garantindo que não haverá nenhum” por “minimizando as possibilidades de ocorrer algum”).

Já no que se refere aos benefícios, está descrito no projeto “Melhorar o relacionamento das mães com o serviço de estimulação precoce. Apoiar as mães de crianças prematuras para que estejam capacitadas para desenvolver em casa estratégias de otimização do desenvolvimento infantil adequado. A proposta desta tecnologia educativa é dar suporte à mãe, contribuindo para sua adesão ao serviço e otimizando os resultados da estimulação precoce”.

- 6) Há benefícios da realização da pesquisa em termos sociais e científicos-ok,
- 7) Há benefício indireto aos participantes da pesquisa.

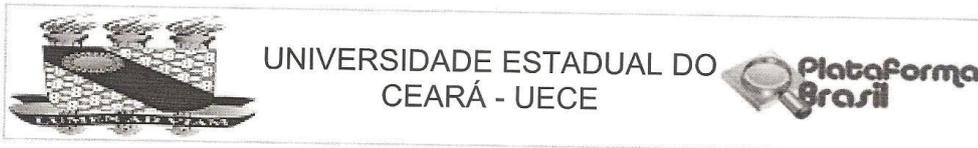
#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa envolve a observação de mães sobre a estimulação de seus filhos, bem como as respostas das mesmas às perguntas “1) Como está sendo para você a experiência de cuidar de seu filho em casa?” e “2) Como você percebe o desenvolvimento do seu filho?”

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1) Quanto ao TCLE:
  - Está em forma de convite – ok;
  - Apresenta o título e o objetivo da pesquisa- ok;
  - Explicita adequadamente os riscos e benefícios ok;
  - Menciona sobre a gravação da entrevista em áudio-ok;
  - Consta o telefone, endereço e e-mail do CEP –ok;
  - Há telefone, e-mail, nome completo e campo para assinatura do pesquisador responsável- ok.

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700  
**Bairro:** Itaperi **CEP:** 60.714-903  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.040.362

2) Quanto à Folha de rosto:

- Contém a assinatura do pesquisador responsável- ok;
- Contém a assinatura e carimbo do responsável pela instituição a onde se realizará a pesquisa –ok;

3) Quanto à Carta de Anuência:

- O número de cartas de anuência corresponde ao número de instituições a onde será realizada a pesquisa –ok;
- Está descrito o título da pesquisa e o nome do pesquisador principal-ok;
- Está descrito na carta de anuência o que será realizado na instituição-ok;
- Não está descrito o período em que os dados serão coletados;
- Apresenta o carimbo da instituição e assinatura do responsável –ok;
- Indica que não haverá repercussões negativas aos participantes do estudo ou que dele se recusem a participar- ok.

4) A pesquisa não envolve fonte secundário, dispensado a apresentação do Termo de Fiel Depositário;

5) Quanto ao cronograma:

- Está adequadamente descrito, indicando quando começará cada fase do estudo –ok;
- Inicia-se apenas após aprovação do CEP- ok;

6) Quanto ao orçamento:

- Há financiamento próprio- ok;
- Descreve o que será gasto e com recurso de qual instituição- ok;
- Há coerência entre o método e o orçamento- ok.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- 1- Folha de rosto adequada -ok;
- 2- Riscos aos participantes foram identificados -ok;
- 3- Benefícios informados -ok;
- 4- Cronograma adequado -ok;
- 5- TCLE ok;
- 6- Apresentou termo de anuência - ok;
- 7- Orçamento informado –ok

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700  
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br

