

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

MARIA ZULEIDE DA SILVA RABELO

A ALTA HOSPITALAR DO BEBÊ DE MUITO BAIXO
PESO E O CUIDADO NO DOMICÍLIO

FORTALEZA – CEARÁ

2012

MARIA ZULEIDE DA SILVA RABELO

A ALTA HOSPITALAR DO BEBÊ DE MUITO BAIXO PESO E O CUIDADO
NO DOMICÍLIO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Linha de pesquisa: Desenvolvimento da criança e do adolescente e suas conexões com a família e as redes sociais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Haydée Augusto Brito

FORTALEZA - CEARÁ

2012

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho**

R114a Rabelo, Maria Zuleide da Silva
 Alta hospitalar do bebê de muito baixo peso e o cuidado
 no domicílio / Maria Zuleide da Silva Rabelo. – 2012.
 114 f. : il., color. enc. ; 30 cm.

 Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do
 Ceará, Centro de Educação, Curso de Mestrado Profissional
 em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2012.
 Área de Concentração: Saúde da Criança e do
 Adolescente.
 Orientação: Profa. Dra. Maria Haydée Augusto de Brito.

 1. Muito baixo peso. 2. Alta hospitalar. 3. Fenomenologia.
I. Título.

CDD: 618.9201

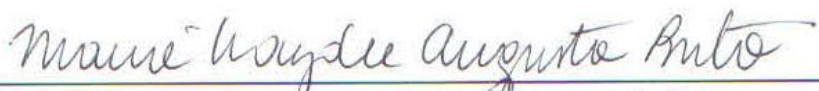
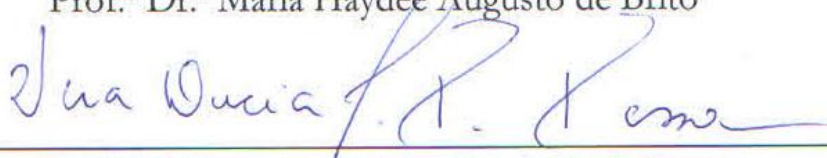

MARIA ZULEIDE DA SILVA RABELO

ALTA HOSPITALAR DO BEBÊ DE MUITO BAIXO PESO E O CUIDADO
NO DOMICÍLIO

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde da
Criança e do Adolescente da Universidade
Estadual do Ceará como requisito parcial
para a obtenção do Grau de Mestre.

Aprovada em: 30/04/2012

BANCA EXAMINADORA


Prof. ^a Dr. ^a Maria Haydée Augusto de Brito

Prof. ^a Dr. ^a Vera Lucia Mendes de Paula Pessoa

Prof. ^a Dr. ^a Ana Júlia Couto de Alencar

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Profa. Dra. Maria Haydée Augusto Brito

Pela disponibilidade, competência e sabedoria.

Obrigada pela confiança, afeição e,
pelo amparo em todos os momentos!

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre presente em minha vida, por me iluminar e permitir mais uma vitória.

Ao meu marido **Ivaldo**, por estar sempre ao meu lado me apoiando em todos os momentos de nossas vidas.

Aos meus filhos, **Janaina, Thiago e Jamille** pelo incentivo, apoio e torcida nesta longa caminhada. Janaina em especial, por sua dedicação e ajuda na formatação do texto.

Ao **Vitor Sávio Aragão** pela delicadeza e disponibilidade em transformar o meu resumo em abstract.

À minha orientadora, **Prof.^a Dra. Haydée**, com sua sabedoria e dedicação me fez deprender a beleza da fenomenologia.

À Coordenadora do mestrado, **Prof.^a Dra. Veraci Queiroz**, pelo compromisso com o curso de Mestrado Profissional e pela luta em seu reconhecimento na comunidade acadêmica.

Às professoras **Dra. Vera Lucia Mendes de Paula Pessoa e Dra. Ilvana Lima Verde Gomes** pelas sugestões e contribuições partilhadas no exame de qualificação do projeto.

Ao **Prof. Dr. Rui Verlaine Oliveira Moreira**, pela generosidade com que contribuiu com esse trabalho, criticando o procedimento metodológico.

Aos **professores** do Mestrado Profissional Saúde da Criança e do Adolescente, pela disponibilidade e contribuição no meu aprimoramento profissional.

Aos **colegas do mestrado** pelos dois anos de alegria e descontração a cada encontro, vocês foram relevantes nesta caminhada.

As **colegas Lenismar, Ozilene, Sabrina e Sheila**, pela amizade construída em toda a trajetória. Vocês são especiais!

A **direção do Hospital Geral César Cals**, representada pelo **Dr. Valdy Ferreira de Menezes**, por incentivar aos profissionais a descoberta da pesquisa científica e o crescimento profissional.

A **gerente de enfermagem do Hospital Geral César Cals**, representada pela **Dra. Francisca Márcia Barros Alvarez**, sua compreensão foi imprescindível, nesta caminhada.

Às **colegas de trabalho da Unidade Neonatal**, pelo apoio e torcida na conclusão do curso. Todas foram importantes para mim.

E principalmente, **as mães dos bebês**, pela riqueza em suas falas, me levando a entender o que é ser-mãe-de-prematuro.

Que o cuidado aflore em todos os seus
âmbitos, que penetre na atmosfera humana e que prevaleça
em todas as relações!

Leonardo Boff

RABELO, M. Z. S. **A alta hospitalar do bebê de muito baixo peso e o cuidado no domicílio**. Dissertação – (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

RESUMO

O cuidado neonatal do bebê nascido de muito baixo peso avançou muito nas últimas décadas, pois a maioria dos neonatos que ingressam nos serviços de neonatologia alcança a condição de alta hospitalar. À frente dessa realidade os pais veem-se diante da situação inesperada no momento de levar para casa uma criança que vai requerer cuidados especiais. Esse estudo investiga essas as circunstâncias da alta, com o objetivo de compreender como os pais de bebês nascidos de muito baixo sentem-se em relação aos cuidados que eles deverão dispensar ao bebê após a alta. Para tanto, realizou-se um estudo na linha qualitativa, com abordagem fenomenológica, considerada a mais adequada para compreender esse objeto de estudo. Foram observadas e analisadas as orientações dadas pelos profissionais aos pais sobre tais cuidados e efetuadas entrevistas com vinte mães de bebês que estiveram internados na unidade neonatal, nos dias que imediatamente antecediam a alta, em um hospital público terciário da cidade de Fortaleza, Ceará. Da análise das entrevistas, foram obtidas 101 unidades de significado, ou seja, conceitos abstraídos pela pesquisadora dos conteúdos das entrevistas. Após as reduções fenomenológicas, chegou-se a três proposições que condensam os pensamentos das mães: *Cuidar do bebê prematuro com apoio da equipe*; *Crítica ao desempenho da equipe*; *Insegurança em cuidar do bebê prematuro*. Constatou-se que as mães no momento da alta hospitalar mostraram-se felizes, preenchidas por um sentimento de vitória alcançada, de confiança e de satisfação de poderem cuidar elas mesmas de seus filhos, sem a intermediação da equipe. Entretanto, notou-se que elas também expressaram medo do futuro, devido a fragilidade que atribuíam ao bebê, bem como insegurança e despreparo em relação ao cuidado pós-alta, apontando, para lacunas deixadas por orientações insuficientes fornecidas pelos profissionais que, para elas, algumas vezes, tornaram o cuidado mecanizado e automático, esquecendo a singularidade de cada criança e uma assistência humanizada que incluísse a família. Esse estudo pôde vislumbrar a urgência de uma abordagem mais humanística, centrada no cuidado individualizado, que contemple a capacidade de apreensão e as necessidades de cada família. Incluir os pais nos cuidados prestados desde o início na unidade neonatal pode ser o primeiro passo para favorecer a preparação para o cuidado no domicílio, de tal modo que a assistência nas unidades neonatais envolva as famílias tendo em vista o desenvolvimento integral dessa criança.

Palavras-chave: Muito baixo peso, Alta hospitalar, Fenomenologia.

RABELO, M.Z.S. The hospital discharge of very low weight birth infant and the home care. Dissertation. (Professional Masters in Child and Adolescent) – State University of Ceará, Fortaleza, 2012.

ABSTRACT

The neonatal care of the baby born very low birth weight has advanced over the last decades, since the majority of neonates entering the neonatal services reach the condition of discharge. Ahead of this reality parents find themselves faced with the unexpected situation at the moment of taking home a child who will need special care. This study investigates the circumstances of the discharge, in order to understand how parents of babies born very low birth weight feel in relation to the care they will give the baby after discharge. Thereunto, we carried out a study a study on online qualitative approach, phenomenological approach, considered more appropriate to understand this object of study. Were observed and analyzed the guidelines given by professionals to parents about such care and made interviews with twenty mothers of infants who were hospitalized in the neonatal unit, in the days that immediately preceded the discharge, in a tertiary public hospital, in Fortaleza, Ceará. From the analysis of the interviews were obtained 101 units of meaning, in other words, concepts abstracted by the researcher of the contents of the interviews. After the phenomenological reductions, it was the three propositions that condensed the thoughts of mothers: caring for the premature baby with the team's support; criticism to team performance; insecurity in premature baby care. It was found that mothers, at the moment of the discharge, were glad, filled with a sense of reached victory, confidence and satisfaction of being able to take care of their children themselves, without the intermediation of the team. However, it was noted that they also expressed fear of the future, because of the weakness they attributed to the baby, as well as insecurity and unpreparedness in relation to post-discharge care, pointing to gaps left by insufficient guidance provided by professionals who, for them, became care into a mechanized and automated procedure, and forgot the uniqueness of each child and a humanized care to include the family. This study could get a glimpse of the urgency of a more humanistic approach, directed to individualized care, which considers the ability to grasp and the needs of each family. Include parents in care since the beginning in the neonatal unit can be the first step in order to favor the preparation for care at home, so the assistance in neonatal units involve families, in view of the integral development of these children.

Keywords: Very low birth weight, discharge, phenomenology.

LISTA DE SIGLAS

A – Número de aborto

AA – Aleitamento artificial

AM – Aleitamento misto

AME – Aleitamento materno exclusivo

CEP – Comitê de ética em pesquisa

CS – Capurro Somático

DUM – Data da última menstruação

G – Gestação

IG – Idade gestacional

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

P – Número de parto

PA – Peso na alta

PN – Peso ao nascimento

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UMR – Unidade de Médio risco

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE QUADROS

1	Características das mães entrevistadas.....	46
2	Características dos recém-nascidos.....	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVO.....	31
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	33
3.1 Tipo de estudo	33
3.2 Cenário da pesquisa	36
3.3 Sujeitos da pesquisa, critérios de inclusão e exclusão	38
3.4 Período para coleta de dados e procedimentos para coleta de dados	38
3.5 Aspectos éticos e legais	41
3.6. Tratamento dos dados	42
4. RESULTADOS	45
5. DISCUSSÃO	53
5.1 Cuidar do bebê prematuro com apoio da equipe	53
5.2 Crítica ao desempenho da equipe	57
5.3 Insegurança em cuidar do bebê prematuro	60
6. CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81
APÊNDICE B – Roteiro da Observação Sistemática	83
APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista	84
APÊNDICE D – Relação das unidades de significados	85
APÊNDICE E – Validação das unidades de significados	88
APÊNDICE F – Unidades de significado ordenadas pela frequência nas entrevistas	97
APÊNDICE G – Reduções fenomenológicas	100
APÊNDICE H – Redução 01.....	104
APÊNDICE I – Redução 02	107
APÊNDICE J – Redução 03	108
APÊNDICE K – Redução 04	109
APÊNDICE L – Redução 05	110
APÊNDICE M - Protocolo de Intervenção	111
ANEXO - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	114

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da obstetrícia, pertinente ao manejo da gestação e do parto de risco, junto aos avanços científicos e tecnológicos que podem ser utilizados em assistência neonatal intensiva, tem permitido que recém-nascidos com peso de nascimento inferior a 1.500g, denominados recém-nascidos de muito baixo peso, sobrevivam cada vez mais, observando-se que a maioria dos neonatos que ingressam nos serviços de neonatologia alcança a condição de obter alta hospitalar.

Nos países desenvolvidos, observa-se sobrevida de 85% para aqueles que tiveram peso de nascimento na faixa de 751g a 1000g, 93% para os de 1001g a 1250g e 96% para os de 1251g a 1500g, como afirmam Ramsey e Goldenberg (2002).

Entretanto, na medida em que altas taxas de sobrevivência são atingidas, as famílias veem-se diante de novas situações suscitadas pelo momento de levar para casa uma criança nascida em condições adversas que necessitou de suporte tecnológico para sobreviver.

Tal circunstância tem implicações de ordem biológica, psicológica, social, espiritual, ecológica, cultural e ética que transformam o conceito de cuidado neonatal, levando a assistência a uma busca de melhor qualidade para a sobrevida dessas crianças, o que se estrutura como um grande desafio para a neonatologia, devido à sua complexidade.

As crianças que nascem com muito baixo peso podem ter essa condição determinada tanto por prematuridade como por restrição do crescimento intrauterino, ou ainda pela ocorrência simultânea das duas situações em variadas proporções como evidenciam os estudos de Kramer (1987), Kilsztajn *et al.* (2003), Santos *et al.* (2005), Tsai *et al.* (2006) e Espinosa *et al.* (2007).

Nos países mais desenvolvidos, a prematuridade é a causa mais frequentemente de tal situação, enquanto nos países em desenvolvimento predomina a restrição do crescimento intrauterino, a qual vem se configurando, cada

vez mais, segundo Garite *et al.* (2004), como importante determinante do parto pré-termo.

Atualmente, o nascimento de crianças de muito baixo peso vem gerando uma preocupação quanto ao prognóstico em longo prazo, pois recém-nascidos egressos de unidades neonatais podem apresentar sequelas que conduzem a maior incidência de adoecimento no primeiro ano de vida e ao surgimento de dificuldades de ordem sensorial, motora, cognitiva ou mental, que determinam atrasos no desenvolvimento e no crescimento.

A prematuridade é um dos principais problemas de saúde perinatal. A contribuição do nível de desenvolvimento socioeconômico de cada país na incidência de prematuridade é pequena, ou seja, não se observa influência diretamente proporcional. Nos centros mais desenvolvidos, houve melhora na habilidade dos cuidados obstétricos em identificar mulheres de risco para partos pré-termos, mas a incidência permanece praticamente inalterada nos últimos trinta anos (NORWITZ; ROBINSON, 2001).

Um parto prematuro é aquele ocorrido antes de completar 37 semanas de gestação (DATASUS, 2009). Para Dutra (2006), o parto prematuro é aquele que vai da 20^o a 36^o semanas e seis dias de gestação.

A classificação de recém-nascidos é feita com base em três aspectos: idade gestacional, peso ao nascer e a relação entre idade gestacional e o peso do nascimento (MORAIS, 2008).

A classificação do recém-nascido pelo peso e pela idade gestacional (IG) é um dos métodos mais satisfatórios para prever riscos de mortalidade. Essa relação entre o peso e a IG possibilita a classificação do recém-nascido prematuro (RNPT) em adequação para a idade gestacional. Ou seja, o RNPT adequado para a idade gestacional (RNPT-AIG) é aquele cujo peso ao nascer encontra-se entre os percentis 10 e 90 da curva de crescimento intrauterino, pequenos para idade gestacional (RNPT-PIG) são aqueles cujo peso ao nascimento está abaixo do percentil 10 e recém-nascidos grandes para a idade gestacional (RNPT-GIG) são aqueles cujo peso ao nascer está acima do percentil 90 da curva de crescimento. Existem vários métodos para definir a IG, a data da última menstruação é a mais

utilizada, possibilitando o cálculo da data provável do parto, além de exames ultrassonográficos entre outros. Pode-se também utilizar outros métodos como: New Ballard, Dubowitz, Usher e Capurro, devendo ser utilizados nas primeiras 24 horas de vida. (SARAIVA 2006; FREITAS, 2006).

De acordo com a idade gestacional, os prematuros são classificados em três categorias, segundo Dutra (2006); Nader, Pereira *et al.* (2004); Leone, Ramos e Vaz (2002). São as seguintes: Prematuro limítrofe: cuja idade gestacional fica entre 35 e 36 semanas; prematuro moderado: é aquele que nasce com idade gestacional entre 30 a 34,9 semanas; prematuro extremo: tem idade gestacional abaixo de 30 semanas. Em relação ao peso de nascimento, os recém-nascidos podem ser considerados como de baixo peso (<2500g), muito baixo peso (<1500g) e extremo baixo peso (<1000g). Os recém-nascidos prematuros extremos e de muito baixo peso, devido sua extrema imaturidade, apresentam alta morbidade e maior mortalidade quando comparado com as outras categorias de prematuros.

Independente da classificação, o recém-nascido prematuro de baixo peso é sempre uma criança de risco, exigindo cuidados especializados e profissionais capacitados.

Em todo o mundo, nascem anualmente 20 milhões de bebês pré-termo e de baixo peso. Destes, um terço morre antes de completar um ano de vida. O nascimento de prematuros continua a ser um problema de saúde mundial, visto que houve um aumento nos índices mundiais de prematuridade nos últimos vinte anos, sem que se determine uma causa clara para esse evento (BRASIL, 2009).

O Brasil ainda tem uma taxa de prematuridade e de mortalidade perinatal altas, se comparado com países desenvolvidos, porém a situação melhorou muito devido a maioria dos partos serem realizados em âmbito hospitalar. Isso se reflete na taxa de mortalidade infantil, pois as primeiras causas de óbito em menores de um ano encontram-se entre as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, mais comuns em bebês pré-termo e de baixo peso (BRASIL, 2009).

Dados do Ministério da Saúde (DATASUS, 2009) apontam que, entre os anos de 1997 e 2006, a proporção de bebês prematuros passou de 5,3% do total de nascimentos no país para 6,7%. Os números absolutos chamam ainda mais atenção: em 1997 nasceram no Brasil 21.560 bebês nesta situação. Em 2006, foram 194.783.

Considerando as diferenças de mortalidade infantil entre as distintas regiões do país, o Ministério da Saúde criou o Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal do Nordeste e Amazônia Legal, cujo objetivo é reduzir as desigualdades nessas regiões. O país busca, assim, reduzir a mortalidade de crianças com menos de cinco anos para 18 óbitos para cada mil nascidos vivos, almejando alcançar a meta número quatro dos Objetivos do Milênio, estabelecidos em 2000, pela Organização das Nações Unidas – ONU, ao analisar os maiores problemas mundiais, que prevê a redução da taxa de mortalidade pela metade, até 2015 (UNICEF, 2008).

Para alcançar tal redução é preciso centrar esforços na diminuição da mortalidade neonatal que se constitui como um dos principais componentes da mortalidade infantil.

A etiologia para o nascimento de crianças de muito baixo peso ou prematuras é complexa e, em muitos casos, sem explicação. Dentre os fatores de risco associados ao parto prematuro, incluem-se fatores fetais, como gênero feminino e malformações e fatores maternos como os que se relacionam a complicações clínicas e obstétricas, ou os que são devido ao estilo de vida. As mulheres com história de parto prematuro anterior, placenta prévia, pré-eclampsia ou eclampsia, descolamento prematuro de placenta, polidrâmnio, oligoâmnio, fumantes, drogaditas, desnutrição, idade materna inferior a 16 ou superior a 40 anos, infecções do trato urinário, violência doméstica, ausência de pré-natal, gestação múltipla, retardo de crescimento uterino, ou as que não têm relação afetiva estável com o pai da criança apresentam maior risco de ter parto prematuro ou um bebê com baixo peso ao nascer (TOUGH, 2001; DUTRA, 2006).

O parto prematuro é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis. Ocorre em todos os lugares e classes sociais, com repercussões que comprometem, muitas vezes, a saúde pública, sendo difícil avaliar todos os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro (RAMOS, 2009).

O recém-nascido prematuro é uma criança de alto risco, susceptível a uma série de problemas decorrentes da imaturidade anátomo-funcional dos sistemas nervoso central, imunológico, dos aparelhos cardiovascular, respiratório, digestivo, renal e tegumentar. A imaturidade geral pode levar à disfunção em qualquer órgão ou sistema corporal, como também o prematuro pode sofrer comprometimento ou intercorrências ao longo de seu desenvolvimento (RAMOS, 2009).

Entretanto, este quadro varia conforme o peso e a idade gestacional do bebê, pois o risco de morbimortalidade é tanto maior quanto menor for a idade gestacional e o peso de nascimento, havendo riscos na adaptação a vida extrauterina devido à imaturidade dos órgãos e sistemas (BRASIL, 2009).

A prematuridade constitui-se como causa básica de morbidade e mortalidade neonatal. Segundo Kenner (2001), o neonato prematuro pode sofrer uma gama de problemas e transtornos decorrentes tanto da imaturidade de seu organismo, como da necessidade de exposição aos procedimentos e aparatos tecnológicos que, embora possibilitem sua sobrevivência, não são isentos de efeitos colaterais. Entre as mais comuns podem ser encontrados: hipotermia, síndrome do desconforto respiratório, asfixia, apneia, persistência do canal arterial, displasia bronco pulmonar, hipoglicemia, retinopatia, hemorragia periventricular, disfunção gastrointestinal, hiperbilirrubinemia e infecção neonatal. O risco para cada uma dessas condições é diretamente proporcional ao peso de nascimento e à idade gestacional do bebê (ARAÚJO, 2003).

As crianças que nascem com muito baixo peso apresentam, também, algum grau de prematuridade (GUTBROD, 2000). E isso as leva a precisarem de longos períodos de hospitalização. Muitas dessas crianças precisam ser submetidas a inúmeros procedimentos invasivos, como intubação orotraqueal, inserção de

cateter intravascular, sondagem orogástrica, oxigenioterapia, nutrição parenteral, antibioticoterapia, hemotransfusão, entre outros necessários para sua sobrevivência. Quando a idade gestacional e o peso ao nascer são menores, a tendência é haver maior número e maior diversidade de intervenções, até que o neonato encontre condições de viver sem a intermediação da tecnologia e possa permanecer em ambiente extra-hospitalar (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2007).

O nascimento de uma criança com muito baixo peso e/ou em situação de prematuridade acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração; afeta diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e os anseios que permeiam a perinatalidade, criando desarranjos familiares, exigindo da estrutura assistencial capacidade técnica especializada e equipamentos nem sempre disponíveis (RAMOS, 2009).

Diante do aumento considerável de nascimento de crianças nessas circunstâncias é imprescindível uma assistência específica e ações direcionadas à promoção e à integridade dessas crianças, incluindo assistência individualizada, que inclua a família e possa aumentar sua sobrevida, proporcionando um crescimento e desenvolvimento dentro de um parâmetro normal (MORAIS, 2008).

Os grandes avanços científicos e tecnológicos ocorridos na área de neonatologia vêm diminuindo cada vez mais a mortalidade neonatal, principalmente porque viabilizam a sobrevivência de recém-nascidos nascidos prematuros ou de muito baixo peso que apresentam maior risco de morrer no primeiro mês de vida.

Dentre os fatores que têm contribuído para que esse marco aconteça, destaca-se a instalação de modernas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, equipadas com recursos humanos e materiais altamente especializados (RAMSEY; GOLDENBERG, 2002). Unidades repletas de aparelhagem, que se caracterizam por gerarem estímulos agressivos e desconhecidos a esses bebês fragilizados pela ausência do aconchego do útero materno. Ou seja, o bebê prematuro ou de muito baixo peso irá ter a incubadora como substituto do ventre materno (MENDELSON, 2005).

Na maioria das famílias, a gestação e o nascimento de um bebê alteram todo o contexto familiar, gerando expectativas e ansiedade, desde o início da gravidez ocorre uma ligação entre a mãe e o bebê. Lebovici (1987) mostra que os desejos e as fantasias relacionados à maternidade se iniciam antes da gestação e são fundamentais para a vinculação futura da mãe com o seu bebê.

Winnicott (2002) destaca que os nove meses de gestação são vantajosos para a mulher, pois nesse período é engrandecido o desejo pela maternidade e pelo filho, além de propiciar as transformações psíquicas existentes que a preparam para a chegada dessa criança. Isso, no caso de um bebê prematuro, manifesta-se de forma diferente e singular, fazendo aparecer também sentimentos como incompetência, frustração, raiva, culpa e angústia, perda da esperança de ter um filho completamente saudável e dor pela vinda de um bebê tão diferente do filho idealizado (FERECINI, FONSECA, LEITE, DARÉ, ASSIS, SCOCHI, 2009).

O nascimento de uma criança prematura simboliza um momento de aflição para a mãe, pois a maioria das vezes ela se encontra incapaz em cuidar do seu bebê e estar com ele, deixando-o com estranhos, sem ter perspectivas para o amanhã. Geralmente estes sentimentos estão relacionados à falta de informações sobre os procedimentos e tratamentos realizados, como também o desconhecimento das normas e rotinas hospitalares, somado ao medo de fazer perguntas à equipe multiprofissional (WONG, 2006).

Essas circunstâncias determinam longos períodos que o bebê permanece longe de seus pais, exposto a uma separação precoce e prolongada, a qual conduz à dificuldade com a formação do vínculo afetivo e do apego entre ambos.

O comportamento de apego, além da função de proteção exercida pelos pais, propicia ao bebê uma série de interações que colaboram para seu desenvolvimento saudável. O contato inicial dará ao pequeno ser as oportunidades de explorar o mundo de uma maneira segura, e assim se desenvolver, do modo mais integral, a partir do amor de seus pais. Quanto mais forte o vínculo inicial entre eles, maior a probabilidade desta criança tornar-se independente no futuro, pois de acordo com Bowlby (2006), é o apego seguro que permite à mesma aventurar-se de maneira confiante no mundo.

Quando a mãe e o bebê ficam juntos após o nascimento, experienciam uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais que contribuem para a ligação entre eles, unindo-os e garantindo o desenvolvimento do seu relacionamento (KLAUS, 2000).

Dessa proximidade entre a mãe e a criança derivam condições indispensáveis à sobrevivência infantil, como o estado de *preocupação materna primária*, conceito desenvolvido por Winnicott (2002) como o estado em que as mães se tornam capazes de se colocarem no lugar do bebê e assim desenvolverem tal capacidade de identificação com o filho, que lhes possibilita ir ao encontro das suas necessidades básicas.

No Brasil, vem sendo enfatizada, há cerca de dez anos, a importância de acolher bem os pais, orientando-os, explicando-lhes as vicissitudes da criança que se encontra internada numa unidade de terapia intensiva neonatal, como também a dinâmica do serviço, procedimentos a serem realizados e outras informações afins, fazendo com que os pais passem a sentir confiança na equipe e possam diminuir a ansiedade e interagir com o filho, minimizando o sofrimento de ambos. Isto é, hoje, trabalha-se com a visão de um novo paradigma, que é o da atenção humanizada à criança, seus pais e à família, respeitando-os em suas características e individualidades (BRASIL, 2009).

A neonatologia, de acordo com Brito (2008), precisa incluir a configuração vincular materno-filial em suas preocupações como fundamento sobre o qual ocorre o desenvolvimento do bebê, especialmente no âmbito psico-afetivo e intelectual, na promoção da saúde mental e na instauração da amamentação. Precisa remover os obstáculos da travessia que leva o bebê ao reencontro com sua mãe, pois a sobrevivência humana integral ancora-se no contato corporal e nas trocas afetivas que acontecem na interação.

Nessa perspectiva, de acordo com Baldini (2010), torna-se fundamental o apoio da equipe multiprofissional, principalmente do enfermeiro, em acolher e acompanhar os pais na primeira visita, explicando-lhes o contexto da UTI neonatal, podendo informar sobre a função de cada aparelho utilizado, de maneira clara e com uma linguagem simples. Deve-se, de modo especial, dar ênfase à presença deles

para a recuperação do bebê, cujo desenvolvimento depende do toque e da fala parental. A escuta aos pais é de fundamental importância, mostrando a eles que suas preocupações são contempladas (BRASIL, 2002).

A importância do acompanhamento dos pais na primeira visita é indiscutível, pois se sabe que nesse momento são confrontados com o desconhecido, sendo fundamental a presença de um profissional que os escute e os compreenda em suas dúvidas e angústias. Além disso, observa-se que, muitas vezes, a mãe teme que possa prejudicar seu filho com a sua aproximação e toque conforme enfatizam (KLAUS *et al.*, 2000).

Entretanto, é necessária a continuidade dessa atenção a cada momento em que os pais comparecerem à unidade, pois as informações recebidas no primeiro momento não são assimiladas. Em geral, é o profissional enfermeiro quem exerce essa função de estar ao lado dos pais, dando apoio e respondendo às suas dúvidas na medida do possível.

Esse profissional tem papel fundamental quanto ao envolvimento dos pais nas atividades da UTI Neonatal, deve propiciar estratégias a fim de diminuir os medos e anseios sentidos pelos pais, respondendo as indagações e fornecendo informações sobre o estado de saúde do bebê, tratamento e os equipamentos utilizados (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

O período que vai da ocorrência do nascimento de uma criança de muito baixo peso ou prematura até o momento da alta hospitalar acarreta muito estresse à família, especialmente para os pais. O filho saudável, com boa vitalidade, que imaginavam, é substituído pelo bebê frágil e indefeso, com peculiaridades em todo o sistema orgânico, necessitando de aparatos tecnológicos para combater e tratar os problemas inerentes à sua condição.

Os pais externam aflição por não poderem, de imediato, levar o filho para o aconchego da casa, e enfrentam dificuldades em lidar com a realidade de que a criança precisa permanecer internada por vários dias numa unidade neonatal de alta ou de média complexidade, dependendo de sua situação clínica, estabilidade hemodinâmica e fisiológica (RABELO, 2007).

Sendo assim, a alta hospitalar transforma-se em um dos momentos de maior expectativa para a família, pois é o momento em que assumirão, na íntegra, os cuidados com a criança.

Após o período inicial de abalo e crise que caracteriza a internação na UTI neonatal, a família, finalmente, irá receber em seu meio o bebê nascido pré-termo que, por suas peculiaridades, necessitará de cuidado mais intenso, gerando, na família em especial na mãe que é a cuidadora mais próxima, insegurança e obscuridades na competência de cuidar (CUNHA, 2006).

A alta hospitalar do prematuro realmente implica em cuidados especiais, devido à sua maior fragilidade orgânica e emocional. A qualidade desses cuidados é influenciada, tanto pela participação e responsabilidade dos pais no processo, como pelas características da criança, sendo que cada díade de mãe e filho é singular e única em sua dinâmica e em sua história.

Ferecini (2008) complementa que no momento da alta é comum as mães sentirem uma dicotomia de emoções, ou seja, por um lado o medo e insegurança por outro lado a alegria e excitação de cuidar do seu bebê em casa.

Assim, no planejamento da alta do recém-nascido de muito baixo peso ou prematuro é essencial buscar o equilíbrio entre o bem-estar e a estabilidade da criança com a capacidade da família de cuidar dela, além de ser preciso, também, averiguar a disponibilidade dos serviços de suporte na comunidade; permitindo a continuidade da assistência ao prematuro em seu lar (MORAIS, 2009).

O planejamento da alta hospitalar tem como principal objetivo assegurar a continuidade dos cuidados que a criança egressa de uma unidade neonatal pode necessitar.

Esse período pode ser tratado como uma transição em que as peculiaridades desses cuidados assim como sua responsabilidade vão sendo transmitidas aos pais. É preciso ensiná-los a maneira mais apropriada de prestar cuidados e responder as necessidades do seu filho, para diminuir o nível de estresse da família, evitar readmissões e identificar recursos disponíveis na comunidade para o atendimento após a alta (SOUSA *et al.*, 2008).

Quando o planejamento da alta tem como foco a necessidade de aprendizagem dos pais sobre os cuidados a serem empreendidos no período pós-alta, é indispensável sua participação no cuidado desde o início da hospitalização. A participação precoce dos pais no cuidado pode gerar benefícios que incluem diminuição do estresse, aumento da confiança e das habilidades no cuidado, ampliação dos conhecimentos sobre a condição de saúde do bebê e suas necessidades de cuidados, melhorando o desfecho do processo de internação das crianças e facilitando sua transferência para casa (OLIVEIRA, 2009).

Ferecini (2008) reforça a importância do envolvimento da família no preparo da alta e na tomada de decisão, processo que deve ocorrer durante todo o período de internação do bebê, ou seja, o treinamento da família, em especial da mãe para o cuidado domiciliar do bebê deve ocorrer durante toda a hospitalização do prematuro, procurando-se desenvolver habilidades e aquisição de conhecimentos específicos para esse cuidado.

Wilson (2006) aponta que o cuidado materno domiciliar com o recém-nascido deve englobar questões como troca de fraldas, alimentação, eliminações, cor da pele e mucosas, atividade do bebê, icterícia, curativo do cordão umbilical e sinais vitais. Neste momento, ou seja, em domicílio, a mãe deve assumir a função de cuidar de seu bebê reunindo as orientações recebidas pelos profissionais, ressaltando que essas informações vão se associar à questão cultural e experiência de vida delas.

A condição de muito baixo peso ao nascer ou de prematuridade transcende a unidade neonatal, conforme se pode observar em diretrizes dadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) quando sugere que, sempre que possível, os serviços de neonatologia devem incentivar e formar grupos de pais de recém-nascidos egressos de suas unidades. De acordo com o Manual de Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde (2011), essa atividade pode se dar em reuniões semanais, sob a coordenação de equipe composta por médico neonatologista ou pediatra, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo e assistente social. O intuito é favorecer o cuidado pós-alta, respondendo com clareza e segurança às dúvidas trazidas pelas famílias, minimizando a ansiedade natural decorrente da situação enfrentada pelas famílias de levar para casa um bebê que

exige cuidados especiais e do qual não pôde apreender a cuidar independentemente da equipe na longa permanência no hospital.

Ainda de acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), esse tipo de grupo permite orientar os familiares sobre os cuidados gerais tais como medidas de higiene, banho, preparo da alimentação quando o aleitamento materno exclusivo não é praticado, além de orientações sobre imunizações e acompanhamento ambulatorial.

E, além disso, enfatiza o Manual de Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde (2011), volume 4, p. 133:

[...] nessas reuniões pode-se apoiar o processo de interação mãe-bebê. Quando existe falha importante na interação afetiva da mãe ou cuidador substituto com o bebê, e a responsabilidade ambiental não é suficiente para que o apego se desenvolva, conexões cerebrais poderão não se desenvolver adequadamente no RN prematuro, podendo levar a deficiências nas habilidades cognitivas e afetivas da criança.

Ou seja, o momento da alta representa um passo para a independência dos pais quanto a prestar cuidados ao filho egresso de uma unidade neonatal, mas não pode ocorrer sem que todos os detalhes sejam criteriosamente planejados, para garantir o adequado acompanhamento das crianças e o imprescindível sentimento de segurança que a família precisa ter para que isso ocorra.

As mães que desenvolvem os cuidados básicos com o prematuro durante a hospitalização e participam da tomada de decisão no tratamento do filho estarão mais seguras de sua habilidade em cuidar do bebê no domicílio. Para tal, a equipe deve procurar conciliar a participação dos pais nas rotinas, e possibilitar que eles sejam capazes de formarem uma parceria com os profissionais nas tomadas de decisão relacionadas a suas crianças (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

No processo cuidar/cuidado, estabelece-se uma relação de sensibilidade do cuidador pelo ser cuidado, onde a capacidade de cuidar está relacionada à importância ou valor que se atribui a pessoa que recebe o cuidado (MORAIS, 2008).

Cuidar de um recém-nascido prematuro requer muita atenção e zelo, pois o mesmo não sabe verbalizar suas necessidades, suas inquietações e medos. De acordo com Winnicott (2002), os pais, especialmente a mãe, têm a capacidade de

intuir que necessidades o bebê expressa, tornando-se naturalmente cuidadores mais legítimos, pois estão prontos para proteger e satisfazer todas as necessidades do filho.

A qualidade da relação entre a criança e seus cuidadores surge como base da saúde mental na infância e na adolescência, e repercute por toda a vida, notando-se que é fundamental que o cuidador perceba as necessidades do ser cuidado e que se estabeleça, nessa relação entre o cuidador e o ente cuidado, a satisfação das necessidades estruturantes do desenvolvimento (MORAIS, 2008).

O modo de ser cuidado, de como cuidamos do outro revela a natureza de humanos que somos, precisamos de cuidados desde o nascimento até a fase da velhice, cuidados diferenciados, porém essenciais em cada etapa de nossa vida. Por isso, a importância da relação do cuidador pelo ser cuidado, principalmente ao se tratar de um prematuro, com necessidades especiais, exigindo que o seu cuidador fique alerta às suas mudanças de comportamento.

Cuidar do outro propicia o estabelecimento de relações, dialogação, expressão de diferenças entre os seres humanos e assim, a criação de espaços para uma experiência mais integrada da humanidade (BOFF, 1999 p.140).

Sem o cuidado, o homem deixa de ser humano. Se não receber cuidados desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define, perde sentido e morre (BOFF, 1999, p.34).

Ou seja, o homem encontra-se sempre numa situação de cuidado, cuidado consigo mesmo e com os outros ao seu redor, pois, como enfatiza Boff (1999, p. 33). Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

A presença da mãe é fundamental no cuidado, é fonte de proteção e segurança. Esta presença possibilita à criança receber estímulos agradáveis, e juntos mãe e filho vive o fortalecimento de laços afetivos, de compreensão, amor e cuidado (CELICH; ALVAREGA, 2005).

A presença materna na unidade neonatal, portanto, deve ser valorizada e incentivada, visando à continuidade de aspectos importantes na vida da criança após a alta hospitalar, ou seja, incentivar essa mãe a realizar cuidados com o bebê na medida em que ele esteja em condições que permitam isso, fará com que ela desenvolva sentimentos de confiança para cuidar da criança no domicílio.

Pedroso (2004) complementa que envolver a família no cuidado é uma urgência, pois só assim os familiares se sentirão aptos para o cuidado no domicílio. O profissional de saúde deve reconhecer que a inclusão dos familiares no cuidado, dentro das unidades neonatais é também uma maneira de humanizar a assistência prestada.

A ampliação da visão da assistência ao recém-nascido além das necessidades básicas direciona toda a equipe multidisciplinar a oferecer ao mesmo tempo um atendimento personalizado e humanizado, com qualidade de vida e integração social, com participação ativa dos pais durante todo o período de hospitalização, caracterizando-se em uma unidade com excelência de qualidade (TRAGANTE, 2010).

A equipe de saúde deve, nesse momento, estar revestida de paciência, organização, conhecimento e competência para auxiliar no processo de transição em que a mãe se encontra, orientando-a na responsabilidade e dedicação frente ao estado de saúde do bebê.

A atuação do enfermeiro, ao orientar a família sobre o cuidado a ser prestado ao recém-nascido após a alta, é fundamental para o sucesso de todo o trabalho que vem sendo desenvolvido até esse momento. E visa à manutenção da qualidade da atenção a ser dada à criança por aqueles que são responsáveis por ela (RABELO, 2007).

Todas as dúvidas inerentes ao cuidado domiciliar que os pais possam apresentar, devem ser esclarecidas durante a permanência do recém-nascido na unidade de médio risco (UMR) que é o local onde o bebê fica após a estabilização clínica, isto é, quando já se encontra respirando sem a ajuda de aparelhos, muitas vezes sem antibióticos, somente ganhando peso para alcançar as condições necessárias para ir para casa.

Nessa fase deve-se reforçar para os pais, em especial a mãe, por estar mais presente, a necessidade de sua permanência junto a seu filho, pois, somente assim, aprenderão a conhecê-lo e a identificar suas necessidades, sentindo mais segurança para o cuidado em domicílio, por ocasião da alta hospitalar.

A vivência do enfermeiro assistencial em um serviço de neonatologia permite-lhe participar da alegria que as mães sentem quando seus filhos evoluem bem e recebem alta da unidade de alto risco para a unidade de médio risco, onde elas sabem que o dia tão esperado de levar a criança para casa está mais próximo.

Entretanto, após toda essa trajetória que começa com a aflição do parto prematuro ou com o nascimento de uma criança de muito baixo peso, passa pela internação numa unidade de terapia intensiva neonatal, muitas vezes repleta de intercorrências e pela transferência para a unidade de cuidados intermediários, chega o almejado dia da alta. Mas parece que para muitos pais a aproximação do dia de ir para casa suscita dúvidas e ansiedade: será que essas mães se sentem preparadas para cuidar dessa criança no domicílio?

Quando o momento da alta vai se aproximando, são realizadas orientações básicas quanto ao cuidado requerido pelo bebê. E, por ocasião da alta hospitalar, o enfermeiro reforça tais orientações, dando informações detalhadas sobre alimentação, cuidados de higiene, retorno, vacinas, prescrição médica e acompanhamento no ambulatório de seguimento de recém-nascido de risco e de acompanhamento em especialidades como oftalmologia, cardiologia, neurologia conforme a necessidade.

Sabe-se que as crianças egressas de uma UTI neonatal correm o risco de ter comprometimento do desenvolvimento global e redução de sua habilidade para a adaptação psicológica e social; e que tais complicações levam, frequentemente, à necessidade de suporte multidisciplinar, acompanhamento e intervenção de vários especialistas e, às vezes, múltiplas rehospitalizações. Assim, as tarefas relativas aos cuidados com essas crianças sobrecarregam suas famílias e geram dificuldades financeiras na maioria dos casos (AVERY, FLETCHER; MACDONALD, 1999).

Tais dificuldades expressam-se das mais diversas formas levando muitas vezes à interrogação sobre a pertinência do conteúdo das orientações dadas. Será que as informações dadas na rotina de um serviço de neonatologia são suficientes para favorecer a melhor evolução em domicílio, já que essas crianças ainda requerem tantos cuidados específicos?

Investigou-se nesse estudo o teor das informações recebidas pelas mães, com relação ao cuidado com o bebê de muito baixo peso no domicílio, buscando-se identificar se as informações estavam sendo apreendidas e assimiladas. E como as mães estavam se sentindo diante da perspectiva de assumir o cuidado extra-hospitalar. Observando-se também, a qualidade das orientações dadas por ocasião da alta: abrangia uma individualização do cuidado, uma escuta das indagações de cada família, ou se, ao invés, revestia-se de um caráter impessoal e padronizado.

Nesse intuito, foi realizada essa pesquisa, na qual se pretendeu analisar as questões propostas, para retirar subsídios que permitam uma melhora na condução específica do processo da alta do recém-nascido de muito baixo peso, de modo a tornar esse momento profícuo e capaz de atender as necessidades do recém-nascido e de sua família quanto ao cuidado no domicílio.

OBJETIVOS

2 OBJETIVO

Compreender como se sente a mãe de bebês nascidos de muito baixo peso, em relação aos cuidados que deverão ser dispensados ao bebê após a alta hospitalar.

PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

A temática do estudo refere-se à vivência de mães de crianças prematuras de muito baixo peso, internadas em unidades de terapia intensiva neonatal quanto aos sentimentos que elas têm em relação ao cuidado que dispensarão a seus filhos após a alta.

Teve-se, portanto, por objetivo investigar sentimentos, questionamentos que as mães apresentem no momento da alta, além da qualidade das informações que são usualmente dadas, ou seja, nesse estudo foram abordadas questões que necessitam não de explicação, mas, antes, de compreensão.

É um estudo de natureza exploratório-descritiva, a partir de uma abordagem qualitativa, que de acordo com Minayo (2006), caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo.

A metodologia qualitativa trabalha com o universo de expectativas, da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, dos produtos de interpretação que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, de como constroem seus artefatos e a si mesmos, de como sentem e como pensam sobre o mundo e sobre a vida. A autora complementa que o universo das investigações qualitativas é o cotidiano das experiências do senso comum, reinterpretadas pelo sujeito que a vivencia (MINAYO, 2010).

Em concordância com essa ideia, mas a complementando, Deslandes (2010) afirma que o universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos.

Essa pesquisa, portanto, inscreve-se na linha qualitativa, pois seu objeto é compatível com esse conceito de pesquisa. Segundo Marconi e Lakatos (2007), a abordagem qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano, além de fornecer análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento.

Realizou-se um estudo descritivo, inserido na definição das pesquisas que tem como objetivo primordial a descrição de um fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. De acordo com Gil (2009), são incluídos nas pesquisas descritivas, os trabalhos que têm por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população; complementando ainda o autor afirma que as pesquisas descritivas são as mais utilizadas pelos pesquisadores preocupados com a atuação prática, como é o caso da presente investigação.

A compreensão do cuidado com o bebê egresso de uma unidade de terapia intensiva neonatal após a alta hospitalar, parte dos sentimentos vividos pelas mães que, após acompanharem seus filhos durante a internação no serviço de neonatologia, sempre cercado por profissionais, se deparam com o momento em que terão que cuidar desses bebês em casa. Esse momento pode gerar tanto felicidade, por ter o bebê alcançado condições de ir para casa, como também medo, pode ser necessário enfrentar situações desconhecidas.

Buscou-se, através da fenomenologia, investigar aquilo que não é prontamente entendido e necessita ser interpretado, pois se considerou o método adequado para compreender o objeto de estudo em questão.

A fenomenologia, baseada nos pressupostos de Martin Heidegger, pode ser entendida como um método que se volta inteiramente para o sentido de um ser privilegiado, o ser humano. Ou seja, o enfoque fenomenológico busca a compreensão e a interpretação da existência humana, constituindo-se no caminho ideal a ser explorado nessa pesquisa em que se observa a subjetividade de mulheres, num momento só seu, interrogando o sentido de seu ser.

Para Heidegger (2006), a fenomenologia mostra, em um sentido ontológico, a própria questão do Ser, pois a essência do homem reside em sua

existência, e somente através da existência do ente é possível se dirigir ao Ser com a finalidade de desvelar seus mistérios. Ou seja, a fenomenologia torna possível uma aproximação com o mundo vida, a partir do cotidiano, buscando no conhecimento desvelado, a apreensão do fenômeno a ser revelado.

A fenomenologia procura a captação da essência através da descrição da experiência tal como ela se dá, quer dizer, flagrando a realidade do modo como ela se apresenta no fenômeno. É descritiva e não demonstrativa. Também não é dedutiva nem empírica. Sua contribuição como ciência e método é revelar possibilidades de conhecimento a partir do fundamento essencial. Seu intuito é descrever o fenômeno como ele se manifesta e não determinar suas causas (HUSSERL, 1990).

A fenomenologia procura apreender os fenômenos partindo do conhecimento das essências e das suas correlações fundamentais realizadas no mundo, diferentemente dos fatos empíricos e contingentes, como afirma Carneiro (2009).

O dado fenomenológico prescinde de toda aparência, realidade e toda sorte de situação do objeto na vivência, cujas essências estão dadas *a priori*, ou seja, antes de toda e qualquer experiência e que são dadas no conteúdo de uma intuição imediata (SCHELER, 2003).

A pesquisa fenomenológica, com isso, tem por finalidade descrever o significado da experiência humana, sendo o estudo das essências sempre relativo a algo, sendo bastante utilizado quando pouco se conhece sobre determinado fenômeno, e também quando se procura um olhar novo e puro sobre este, isto é, uma reflexão que surge ao mesmo tempo sobre e a partir do fenômeno vivido. Convém recordar o princípio basilar de que o estudo fenomenológico é uma volta às coisas mesmas (FITZPATRICK; WALLACE, 2006).

Compreender os sentimentos da mãe ao cuidar do bebê nascido de muito baixo peso após a alta hospitalar é revelar o que está oculto e que não pode ser assimilado apenas pela simples observação desse fenômeno.

3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um Serviço de Neonatologia de um hospital geral da rede pública, na cidade de Fortaleza, capital do Ceará.

O Hospital Geral Dr. César Cals possui oitenta e três anos de existência e atuação em assistência à saúde, sendo o hospital mais antigo da rede estadual de saúde. É um hospital de alta complexidade que conta com quarenta e duas especialidades médicas, sendo referência em obstetrícia, neonatologia, cirurgia geral e da obesidade. Reconhecido como hospital de ensino pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC/MS), atualmente acolhe cerca de trezentos alunos das mais diversas profissões da saúde, como Medicina, Fisioterapia, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Farmácia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, entre outras.

Em 2004, recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, constituindo ainda como referência no Método Canguru, Casa da Gestante e Banco de Leite Humano. Integra a Rede Cegonha, com a implantação das seguintes diretrizes: parturiente com direito ao acompanhante em todas as etapas do parto, acolhimento com classificação de risco, implementação de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento e vinculação da gestante.

Cerca de quatrocentos e cinquenta partos são realizados mensalmente em sua maternidade que dispõe de duas salas de parto normal e um centro cirúrgico obstétrico, com atendimento neonatal contínuo.

O serviço de neonatologia compõe-se de duas unidades de terapia intensiva (UTI) neonatal que juntas perfazem vinte e um leitos de alto risco, duas unidades para recém-nascidos de médio risco (UMR) que oferecem trinta e seis leitos e uma enfermaria de método Canguru, com seis leitos, destinados a acolher o binômio de mãe-filho dentre aqueles que se encontram aptos para a segunda fase do método, conforme as normas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Na rotina da maternidade, as mulheres cujos filhos estejam internados no serviço de neonatologia são orientadas a permanecerem no hospital por quatro dias após o parto. Essa medida visa incentivar o vínculo afetivo entre a mãe e o filho,

dirimindo os efeitos negativos dessa separação e, também, a estimulação e a manutenção da lactação.

Depois desse período, as mães recebem a alta, mas são estimuladas a comparecerem diariamente ao hospital e a permanecerem junto a seus filhos durante todo o dia. Para facilitar a adesão das mães a essa medida, tíquetes de vale-transporte são dados a elas de modo a garantir seu comparecimento. Elas também recebem alimentação e dispõem de um local específico onde lhes são passadas informações e orientações básicas sobre aleitamento materno e sobre a importância de permanecerem com o seu bebê.

As mães, em geral, chegam por volta de oito horas e saem às dezessete horas. Contam com o apoio de equipe multiprofissional que as estimula para que permaneçam com o seu bebê durante todo o dia. Comparecem ao banco de leite de duas em duas horas, com o intuito de realizar a ordenha de suas mamas e levam o leite materno ordenhado para ser dado ao bebê.

O pai também tem direito a ficar com o bebê e com a mãe, se assim desejar. Em novembro de 2011, foi iniciada a visita dos avós, conforme política de humanização do Ministério da Saúde (MS), ficando o serviço social responsável em enviar esses avós à unidade neonatal, após orientá-los. Eles podem comparecer uma vez ao dia e ficar por dez minutos em presença da criança. Foi implementada também a visita dos irmãos, sendo determinado para isso um dia na semana, os sábados. Os demais parentes podem ver o bebê através das janelas de vidro que circundam a unidade.

Profissionais de várias categorias compõem a equipe de saúde do Serviço de neonatologia: assistentes sociais, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos pediatras neonatologistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, além de funcionários dos serviços gerais e agentes administrativos.

Essa pesquisa foi desenvolvida na unidade de médio risco, setor em que ficam os recém-nascidos que estão clinicamente estáveis e de onde são dadas a quase totalidade das altas. Nesse setor, os neonatos que apresentam peso menor que 1.500g são acomodados em incubadora aquecida; os que apresentam peso

entre 1.500g e 1.650g permanecem em berço aquecido e aqueles que atingem peso superior a 1650g ficam em berços comuns, agasalhados.

Nessa unidade, as mães passam a se envolver mais com seus bebês, participando mais ativamente do cuidado. O aleitamento ao seio materno é estimulado na medida em que o bebê melhore e possa desenvolver reflexos orais que o tornem capaz de sugar. A fonoaudióloga e a equipe de enfermagem acolhem e apoiam as mães orientando-lhes sobre a importância do aleitamento materno exclusivo. Também é estimulada a participação dos pais em cuidados como banho, troca de fraldas e administração de dietas através de gavagem.

3.3 Sujeitos da pesquisa, critérios de inclusão e de exclusão.

Os sujeitos da presente pesquisa foram às mães de crianças nascidas com muito baixo peso que estiveram internadas na unidade de médio risco, provenientes da UTI neonatal e que estavam em dias de receber alta.

A seleção dos sujeitos se deu quando a criança estava clinicamente estável, isto é, respirando de modo espontâneo e natural, sem necessidade de suporte respiratório; apresentando estabilidade hemodinâmica; sem uso de antibióticos, recebendo alimentação exclusivamente por via orogástrica e apresentando ganho de peso progressivo, pois essas características são indicativas de que o momento da alta está próximo.

Foram excluídas da pesquisa, as mães, cujos bebês tiveram a alta adiada por apresentar piora clínica imprevista e as que se recusaram a participar da pesquisa.

3.4 Período para coleta de dados e procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados realizou-se no período de agosto a novembro de 2011, após aprovação do CEP (Comitê de ética e pesquisa) da referida Instituição (ANEXO A).

Utilizaram-se como técnicas de coleta de dados a observação e a entrevista. O uso desses dois tipos de coleta se fez necessário porque a observação preliminar do momento de preparação para a alta apontou que os recursos para conduzir tal investigação, devido às características do problema pesquisado, exigiam também técnicas dialógicas.

A observação foi realizada dentro da unidade, em dois momentos.

No primeiro momento a pesquisadora visitava as unidades diariamente, observando a dinâmica do serviço, procurando captar as informações dadas rotineiramente pelos profissionais enfermeiros e médicos à mãe, em alguns momentos o pai, quando se encontrava presente, sobre os cuidados a serem dispensados ao bebê após a alta hospitalar. Aproveitava a ocasião, para selecionar o bebê que estivesse próximo a receber a alta, incluindo também nessa avaliação o peso diário, pois a norma da Instituição é o recém-nascido sair de alta com peso a partir de 1800g.

A pesquisadora aproximava-se da mãe daqueles que atendiam aos critérios já mencionados e que estavam com peso entre 1650g a 1750g, convidando-a a participar do estudo, explicando os objetivos pretendidos e a finalidade dos resultados. Disponha-se a responder as dúvidas que cada mãe pudesse ter sobre o estudo, como, também, informava as mães sobre a proteção de sua privacidade, através do uso de codinomes para publicação dos dados. Os codinomes escolhidos foram nomes de pedras preciosas.

Todas as mães abordadas aceitaram participar do estudo.

No segundo momento da observação, a pesquisadora ateve-se a perscrutar o dia da alta, quando pôde catalogar o conteúdo das orientações recebidas por essas mães e anotar também se as mesmas relatavam alguma dúvida neste momento ou elaboravam alguma pergunta.

Para a observação da rotina do serviço por ocasião da alta do bebê nascido de muito baixo peso construiu-se um roteiro (apêndice B) que levava em conta o tipo de orientação oferecida às mães pelos profissionais quando a alta estava próxima e as orientações dadas no momento exato da alta. Havia espaço

nesse roteiro, também, para as dúvidas e/ou comentários das mães no momento da alta. O roteiro é utilizado para melhor compreensão do ponto de vista dos atores sociais selecionados como objetos ou sujeitos da pesquisa (MINAYO, 2006).

O outro recurso utilizado foi a entrevista realizada com cada mãe, a qual visava captar tanto o conhecimento apreendido pela mãe, quanto as dúvidas que ela pudesse ter em relação ao cuidado que deveria dispensar ao recém-nascido prematuro de baixo peso em domicílio.

A escolha da entrevista como instrumento de pesquisa deve-se à natureza interativa desse instrumento, que permite uma atitude dialógica e relacional. Conteúdos emocionais e afetivos fluem através da interação entre pesquisado e pesquisador facilitando a compreensão de ambos acerca do discurso um do outro (HAGUETTE, 2001).

No roteiro da entrevista, constaram algumas variáveis que serviram para caracterizar as mães entrevistadas. Essas variáveis foram: idade, ocupação, escolaridade, número de gestações e a relação estabelecida com o pai da criança. Também foram selecionados dados dos recém-nascidos, como idade gestacional, peso ao nascer, peso da alta e informação se estava em aleitamento materno exclusivo por ocasião da alta hospitalar.

Foram realizadas vinte entrevistas com mães de recém-nascidos com alta programada para o dia seguinte. Optou-se por fazer assim, no dia que antecedia a alta, porque foi notado que no dia exato da alta a mãe sempre se mostrava ansiosa no momento da entrevista por querer ir logo para casa.

Todas as entrevistas foram iniciadas com a seguinte pergunta norteadora: *Como você pretende cuidar do seu bebê em casa?*

No transcorrer da entrevista, nenhuma das mães foi interrompida. Procurou-se manter uma atitude acolhedora, escutando-se a cada mãe com atenção, procurando deixá-la à vontade para falar sobre os seus sentimentos. Em alguns momentos, tornou-se necessária a formulação de perguntas complementares, a fim de favorecer a continuidade da entrevista ou uma melhor elucidação das falas, visto que muitas vezes algumas mães assumiam uma atitude de timidez.

Cada uma das entrevistas foi encerrada quando a pessoa entrevistada acenou para seu término, dando sinais de exaustão do assunto. As entrevistas foram gravadas com autorização das mães e realizadas no jardim do hospital, sendo conduzida pela pesquisadora, com duração em média de trinta minutos.

Imediatamente após a realização de cada entrevista, foi feita a transcrição das falas na íntegra, como recomendam Alves-Mazzotti e Gewandszajder (2001), por considerarem que, assim, já se pode ir fazendo interpretações, à medida que os dados vão sendo coletados, propiciando reflexões que aperfeiçoam a escuta dos conteúdos das respostas e afinam a percepção sobre o fenômeno estudado. Cada mulher entrevistada foi identificada por um codinome de pedras preciosas, a fim de preservar o anonimato.

3.5 Aspectos éticos e legais

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de ética em pesquisa (CEP) com seres humanos na referida Instituição em que se deu a pesquisa (ANEXO 01), em concordância com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde. BRASIL, (1996) que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

Foram respeitados os aspectos éticos e legais, de modo a incorporar os três principais princípios da bioética: a beneficência; o respeito à dignidade humana (autonomia) e a justiça e a equidade. Em outras palavras, seguiu-se o que Polit e Hungler (2004) preconizam para que se atenda devidamente aos princípios citados: que nenhum dano seja causado e que, acima de tudo, o sujeito do estudo seja protegido contra exploração, ao mesmo tempo em que lhe seja feito algo bom.

Foi respeitada, sobretudo, a autodeterminação, isto é, como afirma o referido autor, “o sujeito tem o direito de decidir voluntariamente a sua participação no estudo, tendo o direito de fazer perguntas, recusar-se a dar informações, ou interromper a sua participação, se for a sua vontade” (p. 87). Todos os momentos foram revestidos dos procedimentos de sigilo formais.

No momento da coleta de dados foram expostos aos participantes os objetivos da pesquisa, bem como a contribuição do estudo para a compreensão da família para o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio após a alta hospitalar. Foi enfatizada a preservação do anonimato e também, o direito de cancelar sua participação em qualquer momento, caso seja sua vontade. Foi solicitada a autorização por escrito para a gravação da entrevista, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) em duas vias, permanecendo uma via com a pesquisadora e a outra foi entregue a cada participante do estudo.

3.6 Tratamentos dos dados

A análise dos dados foi feita mediante dois procedimentos:

1. Catalogação simples dos dados da observação que descreveu o modo como se deu as orientações que precederam à alta.
2. Redução fenomenológica que foi aplicada ao relato das entrevistas com o fim de proporcionar uma descrição direta da experiência, tal como ela é, pois a pesquisa fenomenológica parte do cotidiano, da compreensão do modo de viver das pessoas e não de definições e conceitos (GIL, 2009).

A análise seguiu uma sistematização que teve início com a leitura exaustiva dos textos transcritos das entrevistas.

Durante a leitura, foram delimitadas as idéias nucleares, que permearam os discursos obtidos, identificando-se a significação de cada idéia que a partir de então foi denominada unidade de significado. Ao final da leitura foi construída uma lista de unidades de significado, as quais foram submetidas ao processo de reduções fenomenológicas.

O processo de reduções fenomenológicas é um procedimento em que os depoimentos singulares são submetidos a uma operação intelectual que, captando a essência de particulares diversos, pode designá-los por uma palavra ou conceito e, assim, chegar à sua significação, encontrando uma universalização entre eles que

poderá explicitar a compreensão dos familiares dos recém-nascidos acerca do momento da alta.

Na redução fenomenológica, primeiro momento do método, todas as concepções *a priori* sobre o objeto em estudo são suspensas para que somente o fenômeno apareça. Esse isolamento do objeto das concepções estabelecidas é seguido pela redução *eidética*, segundo momento, quando a visão intelectual intuitiva intui a essência do objeto através de um puro ver e captar. Essas duas reduções são interfaces simultâneas do mesmo processo que isola ao mesmo tempo em que se volta para o fenômeno (BARRETO; MOREIRA, 1997).

Os diversos significados, representantes das entrevistas particulares, ao serem reduzidos, aproximam-se de um conceito comum sob o qual se condensam, ampliando a compreensão e permitindo o desvelamento do sentido dessa experiência vivenciada no momento da alta pelas mães entrevistadas podendo evidenciar necessidades ainda não suspeitadas.

A análise através das reduções fenomenológicas buscou o invariável em cada singular, resultando em proposições que representavam sínteses a que se chegou a partir do discurso das mães, submetido a tantas reduções quantas foram necessárias para que se pudessem distinguir, nas unidades de significado, eixos, cujo teor espelhasse um conceito que, a cada redução, tornava-se mais extenso e apresentava nova compreensão, a qual se caracterizava por perder em especificidade, distanciando-se do particular em direção ao invariável, ou seja, ao que era comum a todas as entrevistas.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

A investigação sobre como os pais de crianças prematuras sentem-se em relação aos cuidados que eles deverão dispensar ao bebê prematuro de baixo peso após a alta hospitalar foi realizada nesse estudo em dois momentos. Primeiramente, através da observação feita pela pesquisadora da rotina desse momento específico da internação hospitalar e, em seguida, através de entrevistas com vinte mães.

Pôde-se perceber que no cotidiano da unidade neonatal, a interação entre a mãe e a equipe dá-se da seguinte forma: frequentemente as mães dirigem-se ao médico para saber como seu filho está e se está próximo o dia de sua alta. Algumas enfermeiras têm a preocupação em ajudar a mãe na ocasião que o bebê vai ao seio pela primeira vez; as auxiliares e as técnicas de enfermagem são as que, no dia a dia, ficam mais próximas das mães, orientam-nas quanto ao banho, à troca de fraldas e a administração da dieta.

Constatou-se que no dia a dia do serviço, os profissionais mostravam-se preocupados em realizar, cada um, as suas próprias atividades, sem dedicar atenção integral à família, de tal forma, que as mães pareciam meio perdidas, sem ter a quem se dirigir e sem espaço para fazer perguntas sobre suas dúvidas, com relação ao cuidado do bebê.

A partir da observação da rotina do serviço por ocasião da alta do bebê prematuro, verificou-se que as orientações dadas pelos enfermeiros, em sua maioria, restringiram-se às explicações referentes à receita médica. Alguns enfermeiros enfatizaram a importância do calendário de vacinas e indicaram postos de vacinação. Acentuaram a importância do retorno ao ambulatório de seguimento e das consultas a especialistas como oftalmologista e fonoaudiólogo.

Também se constatou que os pais, em geral, não fizeram perguntas. Nas raras vezes em que fizeram alguma indagação, solicitaram apenas esclarecimento de como administrar a medicação e o endereço do local do ambulatório de seguimento.

As vinte mães entrevistadas e seus bebês tiveram suas características principais catalogadas.

Entrevistada	Idade	Profissão	Grau de instrução(*)	Procedência	Número de gestações	Filhos vivos	Vive com o companheiro
Rubi	21	Do Lar	EFC	Banabuiú	2	3	Sim
Esmeralda	17	Do Lar	EM	Maracanaú	1	1	Sim
Diamante	16	Do Lar	EFC	Fortaleza	1	1	Sim
Pérola	27	Turismo	ES	Fortaleza	3	1	Sim
Ametista	18	Do Lar	EM	Fortaleza	1	1	Sim
Fluorita	34	Manicure	EM	Fortaleza	2	2	Não
Safira	31	Do Lar	EFC	Fortaleza	2	2	Sim
Cristal	24	Do Lar	EM	Fortaleza	1	1	Sim
Lolita	23	Costureira	EM	Fortaleza	1	1	Sim
Marfim	23	Do Lar	EM	Fortaleza	1	1	Não
Morganita	29	Do Lar	EFC	Caucaia	1	1	Não
Jade	41	Do Lar	EFI	Fortaleza	4	4	Não
Pedra da lua	15	Estudante	EFC	Pacajus	1	1	Sim
Água marinha	21	Do Lar	EFC	Maracanaú	2	2	Sim
Crisólita	16	Estudante	EFC	Limoeiro	1	1	Não
Rubelita	21	Agricultora	EFC	S. L. Curu	2	2	Sim
Turquesa	21	Empresária	EM	Aquiraz	1	1	Sim
Andaluzita	16	Estudante	EFC	Fortaleza	1	1	Sim
Amazonita	27	Frentista	EM	Fortaleza	1	1	Sim
Almandina	15	Estudante	EFC	Limoeiro	1	1	Sim

QUADRO 1 – Características das mães entrevistadas

LEGENDA

EFC= ensino fundamental completo

EFI=ensino fundamental incompleto

EM=ensino médio

ES= ensino superior

As mães caracterizaram-se, como relacionado no quadro 1, por ter idade que variou entre quinze e quarenta e um anos, sendo sete (35%) menores de 19 anos e, portanto, classificadas como adolescentes de acordo com o critério da Organização Mundial de Saúde (OMS). Dentre todas, apenas uma (5%) teve gravidez após os 40 anos e outra teve gravidez gemelar. Onze (55%) foram provenientes da capital; dez (50%) apresentaram-se com grau de instrução de ensino fundamental completo (EFC) e somente uma tinha ensino superior (ES). Com relação à profissão, verificou-se que dez (50%) eram donas de casa e quatro (20%), estudantes. No que diz respeito ao número de filhos vivos, treze (65%) eram primíparas, as demais estavam entre a segunda e terceira gestação, sendo que uma (5%) contava quatro gravidezes. Dentre todas, cinco (25%) não moram com o pai da criança, enquanto as demais referiram morar com o pai da criança.

RN de	Peso ao nascimento (g)	Idade gestacional	Visita materna	Peso na alta (g)	Permanência (dias)	Tipo de aleitamento
Rubi	1460g	< 29 s	Não	1935g	42 dias	AA
Rubi	1350g	< 29 s	Não	1840g	42 dias	AA
Esmeralda	1375g	31 s	Sim	1770g	38 dias	AM
Diamante	1500g	31s 5d	Sim	1785g	31 dias	AM
Pérola	710g	< 29 s	Sim	1805g	103 dias	AM
Ametista	1150g	< 29 s	Sim	1800g	67 dias	AM
Fluorita	955g	< 29 s	Sim	1800g	57 dias	AM
Safira	895g	29s 6d	Sim	1850g	63 dias	AM
Cristal	1060g	< 29 s	Sim	1780g	65 dias	AM
Lolita	845g	< 29 s	Sim	1830g	91 dias	AM
Marfim	1265g	29s 3d	Sim	1760g	47 dias	AM
Morganita	595 g	< 29 s	Sim	2030g	120 dias	AM
Jade	1330g	31s 2d	Sim	1785g	39 dias	AM
Pedra da lua	1045g	< 29 s	Sim	1840g	55 dias	AM
Água marinha	1145g	31 s	Sim	1910g	73 dias	AM
Crisólita	1020g	33 s	Sim	1910g	53 dias	AME
Rubelita	995g	< 29 s	Não	1785g	64 dias	AA
Turquesa	1175g	31 s	Sim	1805g	42 dias	AM
Andaluzita	960g	< 29 s	Sim	2500g	94 dias	AA
Amazonita	1155g	30s4d	Sim	1805g	48 dias	AM
Almandina	1300g	< 29 s	Não	1910g	45 dias	AM

QUADRO 2 – Características dos recém-nascidos

LEGENDA:

AM= aleitamento misto

AME= aleitamento materno exclusivo

AA= aleitamento artificial

As características dos bebês cujas mães foram entrevistadas podem ser vistas no quadro 2.

Eles apresentaram peso de nascimento (PN) entre 595 gramas a 1500 gramas. Com relação à idade gestacional (IG), doze (57,1%), tiveram IG abaixo de 29 semanas e os demais se mostraram com IG entre 29 semanas e 31 semanas. O maior tempo de permanência na unidade neonatal foi de 120 dias e o menor de 31 dias, mostrando a necessidade de um acompanhamento a essa diáde, pois ficarem separados tanto tempo, irá afetar a relação de vínculo e apego, além de outras consequências como a dificuldade em amamentar e cuidar dessa criança.

Um dos aspectos observados foi à ocorrência de visita materna diária, percebendo-se que quatro (19,5%) não receberam visita materna diária, sendo que

essas corresponderam às que residiam nas cidades mais distantes do interior do Estado. Com relação ao aleitamento, somente um (4,8%) encontrava-se em aleitamento materno exclusivo (AME) no momento da alta, enquanto dezesseis (76,2%) saíram em aleitamento misto (AM) e quatro (19%) saíram em aleitamento artificial (AA), os quais coincidiram com a ausência do acompanhamento contínuo da mãe. Essa prevalência faz perceber uma deficiência da Instituição com relação ao incentivo ao aleitamento materno (AM), imprescindível para esses recém-nascidos prematuros e de extremo baixo peso. Deve-se recomendar o aleitamento materno exclusivo a esses recém-nascidos, pois o leite produzido por essas mães, é mais rico em proteínas, sódio e cloro do que o leite de uma mãe de um recém-nascido a termo (MORAIS, 2008).

As entrevistas revelaram que as mães mostravam-se disponíveis a falar sobre os cuidados relativos à alta do bebê. Nenhuma das mães convidadas a participar recusou-se a fazer a entrevista, embora algumas tenham apresentado maior dificuldade em discorrer sobre o tema proposto pela pergunta norteadora, sendo necessário algumas vezes, reforçar o estímulo com nova forma de fazer a pergunta.

Da análise das entrevistas, foram obtidas 101 unidades de significado, ou seja, conceitos abstraídos pela pesquisadora dos conteúdos das entrevistas. A relação dessas unidades de significado pode ser vistas no apêndice D.

Pode-se observar como uma mesma unidade de significado aparece em diferentes entrevistas, demonstrando que a vivência desse momento, embora singular para cada uma das mães entrevistadas, consiste em um fenômeno que pode ser desvelado na medida em surgem significados que se assemelham entre si (Apêndice E).

Do apêndice F, pode-se retirar que o tema mais recorrente no discurso das mães entrevistadas foi o cuidado como amamentação, abordado em doze entrevistas e a necessidade de cuidado especial para crianças prematuras, enfatizado por onze mães.

Após a análise das unidades de significado, através das reduções fenomenológicas que podem ser consideradas no apêndice G pôde-se chegar a três

proposições que condensam as idéias essenciais retiradas do pensamento das mães a propósito dos cuidados a serem dispensados ao bebê após a alta hospitalar. Essas idéias foram as que se seguem: 1. *Cuidar do bebê prematuro com apoio da equipe*; 2. *Crítica ao desempenho da equipe*; 3. *Insegurança em cuidar do bebê prematuro*.

Cada uma dessas proposições representa um eixo que sintetiza unidades de significado retiradas do discurso das mães e submetidas a tantas reduções quantas foram necessárias. Assim, cada proposição espelha um conceito que, a cada redução, tornava-se mais extenso e apresentava nova compreensão, abrangendo o que era comum a todas as entrevistas.

A proposição 1 - *Cuidar do bebê prematuro com apoio da equipe* - resultou, conforme explicitado no apêndice E, de idéias como o cuidado do bebê prematuro em domicílio exigir uma dedicação total da mãe que, por sua vez, deposita confiança no apoio da equipe. Ou seja, ao levar o filho prematuro para casa, onde permanecerá sob os cuidados da família, a mãe tanto se sente capaz de exercer esse cuidado como confiante no futuro do bebê.

Para ela, a alta era a meta a ser alcançada desde que se viu tomada pelos percalços da prematuridade. E a chegada desse momento representa uma vitória que lhe enche de felicidade, pois considera que o verdadeiro cuidado materno somente se faz possível após a alta.

No entanto, sua capacidade de cuidar do filho não era satisfatória em si, devido às peculiaridades apresentadas por um bebê que necessitou de cuidados hospitalares para sobreviver a aprendizagem do cuidado vem com a vivência.

A mãe do bebê prematuro pretende dedicar-se integralmente ao cuidado do filho, pois entende que ele necessitará de proteção para se desenvolver de modo integral. Pensa que será necessário promover com afincos sua saúde, amamentando e prevenindo doenças. Devido à condição de prematuridade do filho, a mãe preocupa-se com a possibilidade de sequelas e com a preparação do pequeno ser para a vida. Mas planeja cercar o filho de cuidados preventivos e cuidar dele de modo a incluir tanto aspectos físicos e ambientais, como afetivos.

Para a mãe do bebê nascido de muito baixo peso e/ou prematuro, esse cuidado que planeja dispensar ao filho tem por base a confiança que aprendeu a depositar no apoio da equipe multiprofissional da unidade neonatal. Remete-se à aprendizagem que teve durante o período de internação do filho e introjeta o cuidado hospitalar como modelo. Reconhece a qualidade da assistência recebida pelo filho e se sente apoiada pelos profissionais. Entretanto, reivindica ajuda, considerando necessário, também, o suporte de sua família.

A proposição 2 - *Crítica ao desempenho da equipe* – revelou que, para a mãe do bebê nascido de muito baixo peso e/ou prematuro, a atuação da equipe apresentou falhas representadas especialmente pelo cuidado mecanizado, dito também como automático.

Houve silêncio por parte da mãe do bebê nascido de muito baixo peso e/ou prematuro diante da proposta, feita no decorrer da entrevista e, portanto, suscitada por seu próprio discurso, de avaliação das orientações recebidas quanto aos cuidados a serem prestados por ela no período após a alta.

Além disso, a mãe do bebê nascido de muito baixo peso e/ou prematuro buscou captar que sentimentos os profissionais da equipe da unidade neonatal nutriam por seu filho.

Na proposição 3 - *Insegurança em cuidar do bebê prematuro* – observou-se o surgimento da insegurança materna em cuidar do filho prematuro que parecia advir de duas fontes: o despreparo sentido por ela, mãe, para cuidar de uma criança tão frágil e a insegurança em relação à sobrevivência do filho.

A gravidez inesperada, a prematuridade como algo desconhecido e surpreendente, as dificuldades de apropriação da função materna nas condições da unidade neonatal, as lacunas nas orientações a ela oferecidas quanto ao cuidado pós-alta e os percalços do acompanhamento da trajetória do filho prematuro na unidade neonatal faziam-na sentir-se despreparada para a maternidade dessa criança.

Para ela, o cuidado com o bebê prematuro é difícil e necessita de preparação que a pessoa comum, isto é, não acostumada a lidar com bebês

prematturos, não possui. Ela referiu dificuldades em banhar a criança, em amamentar, em compreender seus sinais, não sabendo ao certo e, por si mesma, o que seria melhor para ele. Sentia medo de cuidar e necessidade de aprender a ser mãe desse bebê, enfatizando não apenas suas limitações como a insuficiência do Serviço quanto à preparação da mãe para a alta.

Apesar de a mãe considerar a alta como uma vitória e confiar no futuro do filho como demonstrou a proposição 1, pode-se captar seu sentimento de medo de que o filho não fosse capaz de sobreviver.

Tal insegurança vinha da necessidade de cuidados especiais requeridos pela prematuridade e da impressão de fragilidade dada pelo bebê prematturo. O discurso materno revelava um sentimento de aflição pela possibilidade do filho apresentar problemas súbitos após a alta e pela necessidade de prevenir sufocamento.

A mãe do bebê nascido de muito baixo peso e/ou prematturo afirma não compreendê-lo e a ênfase que dá à precisão que ele tem de cuidados especiais reflete uma falta de esperança em sua sobrevivência.

Sentimentos negativos a invadem. A desesperança na sobrevivência do filho faz-se acompanhar da tristeza materna, do sentimento de separação e perda após o parto e do medo de contaminar a criança com esses sentimentos. A mãe do bebê prematturo refere-se à solidão e depressão na vivência materna durante a permanência do filho na unidade neonatal.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Esse estudo investiga a compreensão dos pais a respeito do cuidado a ser dispensado a um bebê nascido de muito baixo peso e/ou prematuro após a alta hospitalar.

Consideraram-se tanto as características maternas como as dos bebês, pois elas podem influenciar a percepção da mãe sobre o problema e surgir no discurso. Como exemplo, verificou-se que entre as mães houve 35% de adolescentes e 65 % eram primíparas. O alto índice de primíparas e adolescentes defrontam-se pela insegurança no cuidado com o bebê, decorrente de sua inexperiência e imaturidade, dificultando o cuidado do recém-nascido no domicílio (KÖNIG *et al.*, 2008).

Nesse intuito, seguiu-se a trajetória da fenomenologia, a qual permite apreender perfis, ou seja, captar algo da essência do fenômeno estudado, desvelando-o.

Através da análise das falas das mães entrevistadas, vislumbrou-se a essência dos sentimentos que o ser mãe de bebê prematuro de baixo peso revela acerca de sua compreensão sobre os cuidados após a alta hospitalar, observando-se a emergência de três proposições que sintetizam as ideias essenciais do pensamento das mães acerca desse tema.

Como já descrito nos resultados, essas proposições foram: 1. *Cuidar do bebê prematuro com apoio da equipe*; 2. *Crítica ao desempenho da equipe* e 3. *Insegurança em cuidar do bebê prematuro*.

5.1 Cuidar do bebê prematuro com apoio da equipe

Cuidar do bebê com apoio da equipe resultou de ideias de que o bebê prematuro exige cuidado especial. Pelas suas próprias peculiaridades exigindo dedicação exclusiva da mãe. Esse pensamento encontra repercussão na teoria de

Stern (1997) que mostra que o nascimento de uma criança a termo é algo idealizado pela mãe durante a gestação. Ao dar à luz um filho prematuro, a mãe dilacera o esquema mental próprio de cada fase da gravidez, ou seja, ela não dispõe do tempo adequado para desfazer a especificidade de suas representações sobre o feto como futuro bebê, desencadeando uma série de conflitos, sentimentos de culpa e medo de não saber cuidar do seu filho.

Boff (1999) afirma que os pais, quando passam a cuidar de seus filhos apresentam inquietação e medo. Esses sentimentos incidem na responsabilidade pelo outro e o compromisso que têm frente ao desconhecido. E sendo esse bebê prematuro, esses sentimentos tornam-se mais visíveis, pois esses pais, como ilustrado a seguir, jamais imaginaram que iriam cuidar de um filho prematuro:

[...] eu vou ter um cuidado maior do que eu pensava em ter, porque ela é prematura e o cuidado é maior (PÉROLA)

[...] já é difícil cuidar de um bebê de nove meses, imagine do prematuro não é? (AMETISTA)

Porque ele é uma criança prematura e o cuidado dele é mais especial do que se ele fosse um menino de nove meses (MORGANITA)

Cuidar é uma fase mais difícil, porque ela é um bebezinho muito pequeno. (FLUORITA).

[...] porque eles não têm nenhuma imunidade, porque eles são muitos prematuros, não é? (LOLITA).

Através das falas das mães percebe-se a preocupação delas com o fato de seus bebês terem nascido precocemente, pois o recém-nascido prematuro é considerado como um ser diferenciado do recém-nascido a termo, como se ele estivesse destinado a ser sempre uma criança frágil, suscetível a alguma intercorrência.

Ao perceber o corpo da criança prematura como delicado e frágil, pelo tamanho, as mães sentem-se despreparadas e incapacitadas para cuidar. Desenvolvem uma percepção distorcida do filho, concentrando-se mais nas deficiências e vulnerabilidades do que nos recursos positivos presentes, e aí começam a superprotegê-lo (BUARQUE *et al.*, 2006).

Observou-se que as mães fazem comparações do recém-nascido prematuro, com o bebê a termo e esse fato justifica-se por muitas delas já serem mães ou conhecerem outras crianças nascidas de termo. Com relação a esse sentimento de comparação, Klaus e Kennel (1979) afirmam que os pais devem ser orientados quanto ao grau de diferença que existe entre a criança prematura e a nascida de termo. É importante que percebam que o prematuro, têm necessidades especiais, porém temporárias e que podem alcançar os padrões normais de crescimento e desenvolvimento.

Essa comparação com o bebê a termo também pode acontecer pelo fato da mãe não ter desvinculado a imagem do bebê real da que foi imaginada durante a gravidez. Como afirma Aulagnier (1990, 1994), desde o início da gravidez, constitui-se uma relação imaginária da mãe com o feto de modo tal que a mãe representa-o não como um embrião em desenvolvimento, mas como um corpo que imagina já desenvolvido, contendo todas as atribuições necessárias para ser completo.

Isso também pode ser compreendido a partir dos estudos de Lebovici (1987), para quem, coexistem várias concepções de bebês na mente materna, sendo uma delas, o *bebê imaginário* que é idealizado perfeito. O nascimento de um bebê tão diferente desse desencadeia um sentimento de frustração materno que pode levar a mãe a achar, em seu íntimo, que aquele bebê sempre vai ser diferente das outras crianças, merecendo assim um cuidado especial.

A ida do bebê para a unidade de médio risco aproxima a mãe de seu filho, já que, nessa unidade, ela realiza procedimentos como banhar, trocar as fraldas, sempre com supervisão da equipe de enfermagem, fazendo com que a mesma se sinta segura, pois sendo seu bebê um ser frágil e delicado, muitas mães têm medo até de tocá-los. Para ela, saber que vai cuidar do seu filho, vai poder tocá-lo é gratificante, pois antes, enquanto ele permaneceu na unidade de alto risco, muitas vezes somente lhe era permitido ficar apenas olhando através da incubadora.

Esse período em que o bebê permanece na unidade de médio risco reaproxima a família, pois com a melhora do estado de saúde do filho, os pais se relacionam melhor com a criança, tornando-se mais seguros e o contato deixa de ser tão restrito Gaíva e Scochi (2005). Nesse caso, cabe à equipe de enfermagem,

dar total apoio aos pais, visto que nesse momento não é só o bebê que necessita de cuidados.

Torna-se necessário preparar os pais de bebês prematuros para a realização de cuidados. De acordo com Siqueira (2011), essa preocupação assume uma fundamental importância no desenvolvimento da criança, pois transmite confiança aos pais, possibilitando que desempenhem melhor seu papel.

As mães, conforme está explicitado no discurso, precisam de apoio para que possam reestruturar o momento vivido e atenderem as necessidades do bebê:

[...] as enfermeiras me explicando, as doutoras também, isso foi me ajudando a entender como eu ia criar um bebê prematuro (AMETISTA).

As auxiliares são amigas e assim, muitas vezes a gente está triste e muitas vezes as meninas dão ânimo (LOLITA).

Puxa! Eu não sabia nem trocar fralda, agora eu sei... (DIAMANTE).

[...] muitas coisas aprendi aqui, pretendo ter muito cuidado com ele (CRISTAL).

Os cuidados diários com seus bebês na unidade neonatal favorecem maior interação e fortalecimento do vínculo mãe-bebê, além de oportunizar a prática do que foi ensinado naquele ambiente. Algumas mães superam o medo e a insegurança de cuidar de seu bebê, graças à atuação de alguns profissionais que lhes transmitem confiança e motivação, no desempenho das atividades diárias (SIQUEIRA, 2011).

Repassar informações, porém, é diferente de ensinar, deve-se avaliar se o que foi orientado foi bem compreendido pelo aprendiz, no caso a mãe, que deve ter acesso à obtenção das informações de modo a poder interpretá-las de maneira correta (SOUSA *et al.*, 2008).

A equipe de saúde precisa conhecer a família e suas necessidades para auxiliá-la no relacionamento com o seu recém-nascido prematuro no domicílio, tornando-o agradável e minimizando o desgaste sofrido pelas modificações na rotina familiar. O auxílio a mãe para que se sinta capaz de prestar o cuidado ao filho é fundamental, pois ela se sentirá mais segura para o cuidado rotineiro do filho (WUST; VIEIRA, 2011).

Segundo Silva *et al.* (2005), cuidar requer conhecimento sobre o outro ser, precisando que o cuidador seja capaz de entender as necessidades do outro a ser cuidado. Isso abre dois pontos de reflexão nesse estudo, pois, se em um primeiro momento, concebe-se a mãe como a cuidadora por excelência de um bebê recém-nascido, a condição de prematuridade torna-a carente de cuidados, abrindo assim o espaço a ser preenchido por profissionais capazes de compreender as vicissitudes dessa dupla, formada pela mãe e o bebê, ambos prematuros. De modo que esse processo não pode se dar isoladamente, devendo ocorrer uma integração entre o ser que cuida e o que está sendo cuidado. Ou seja, a qualidade da interação entre a equipe e a díade mãe-bebê favorecerá o estabelecimento da capacidade materna de cuidar do filho prematuro, como demonstrado pelas falas das mães entrevistadas.

Aponta-se, assim, a importância do trabalho da equipe, em particular da equipe de enfermagem, em apoiar e orientar às mães, favorecendo que elas possam sentir-se mais seguras e capazes de realizar os cuidados com seu bebê, promovendo o desenvolvimento integral dessa criança.

5.2 Crítica ao desempenho da equipe

Da análise do discurso das mães, emergiu uma censura ao desempenho da equipe que resultou da avaliação materna do cuidado dispensado ao bebê e, especialmente, das orientações e oportunidades oferecidas pela equipe à mãe para desenvolver habilidades de cuidar ela mesma do filho nascido com muito baixo peso.

Muitas das mães entrevistadas demonstraram essa necessidade:

Só um pouquinho de dúvida quando eu vou banhar ela, pois ela ainda é muito molinha... (DIAMANTE)

Em casa, eu não vou saber dar banho (FLUORITA)

... A gente sai cheia de dúvidas. (RUBI)

Assim, tem várias coisas que eu não sei ainda, (ALMANDINA)

Não sei nem como é que vou cuidar... (FLUORITA)

Para a mãe, aprende-se na unidade neonatal a dar banho, trocar fralda, fazer higiene, ou seja, a dispensar um cuidado mecanizado, que não privilegia o cuidado em seu sentido mais amplo, compreendido e trazido ao âmbito do cuidado com a saúde da criança, que implica em atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro, como sugere Borges-Duarte (2010, p.117):

O campo semântico de 'cuidar' e de 'cuidado' guarda, no português actual, o sentido original de uma etimologia inesperada: a do latim *cogitare*, pensar. Na forma transitiva, 'cuidar' é pensar: atender a, reflectir sobre – e, por isso, interessar-se por, tratar de, preocupar-se por, ter cautela com. Cuidamos de nós e dos outros, quando, solícitos, tratamos de assistir-lhes nas suas necessidades ou padecimentos, quando nos ocupamos deles. 'Cuidadosos' - às vezes tão só atentos, outras inquietos – abrimo-nos e oferecemo-nos nesses desvelos. Quantas vezes não 'estamos em cuidado', ansiosos ou temerosos de que algo infausto aconteça! 'Ter cuidado' é ser diligente mas também cauteloso: é *pensar sentindo*, atendendo ao encoberto futuro e ao imediato presente, tendo em conta o que já de antemão sabemos. O *cuidar* é, neste sentido, uma forma activa e pensante de estar ocupado no mundo da vida: **cuido, ergo sou** – poderíamos dizer, parafraseando Descartes.

Em outras palavras, a mãe espera que se promova a saúde em seu conceito mais pleno, ressentindo-se das lacunas nas orientações efetuadas pela equipe, que priorizaram uma forma mecânica para o cuidado do bebê.

Tal dinâmica, permeada de mecanicismo, parece caracterizar a estrutura das unidades neonatais, dotadas de alta tecnologia, mas consideradas ambientes frios e hostis como referem Campos *et al.* (2008).

Sabe-se que o cuidado em uma unidade neonatal é, muitas vezes, realizado de maneira generalista, tecnicista; tornando-se exaustivo e estressante, com potencial para desumanizar as relações e resultar nas condições de sobrevivência de pessoas que atentam contra a dignidade humana (ROLIM e CARDOSO, 2006).

Entretanto, mesmo nas unidades de médio risco, pode-se observar que muitos profissionais preocupam-se em realizar tarefas do cotidiano, de modo rápido e automático, esquecendo a necessidade que se impõe de interação com a díade, ou seja, a equipe volta-se basicamente para realizar o cuidado terapêutico, não atentando para a importância do cuidado que a mãe deverá dispensar ao bebê no domicílio.

Para exemplificar isso, podem-se observar as orientações relativas à alimentação. Na unidade neonatal, as mães são orientadas a oferecer o leite ao seu filho, a cada duas horas, realizando, também, cuidados básicos. Contudo, muitas vezes ficam com dúvidas, apontando para as falhas das orientações, conforme demonstram as falas das entrevistadas:

No médio risco eu só ia pra dar o leite e voltava (DIAMANTE).

[...] alimentação de hora em hora [...] (ANDALUZITA).

Só sei que aqui é muito bom, mas tem muitas coisas que não passam pra gente (RUBI).

Me ensinaram, mas isso, eu sei, que eles deviam ter ensinado mais...(CRISÓLITA).

Deixe-me ver... Como assim esse preparo? (ESMERALDA).

Através desses depoimentos, pode-se perceber que muitas mães reclamam do que lhe foi ofertado como preparação para cuidar do filho quando estiver sozinha com ele, após a alta hospitalar, quando se encontrará sem o suporte diário da equipe. Elas se ressentem de um ensinamento incompleto, porém, na maioria das vezes, os profissionais que compõe a equipe de assistência neonatal acabam não escutando as angústias dessas mães porque, como encontraram Souza e Ferreira (2010), existem importantes pontos de impedimentos para a oferta da assistência humanizada. Dentre esses, listam a falta de recursos materiais e humanos, a sobrecarga de trabalho que deixa os profissionais muito atarefados, conflitos de relacionamento e a falta de infraestrutura que atinge tanto os trabalhadores como o desenvolvimento de ações que possam conduzir às iniciativas de humanização.

Torna-se necessário repensar a importância do cuidado humanizado como o fortalecimento do comportamento ético de articular o cuidado técnico científico com o cuidado individualizado, que prioriza a singularidade e ressalta a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos (ROLIM; CARDOSO, 2006).

De acordo com Ramos *et al.* (2010), a humanização no atendimento ao neonato de alto risco exige profissionais preparados para atender às necessidades do bebê, não somente do ponto de vista biológico, mas tendo em vista uma perspectiva de desenvolvimento global, que inclui não somente o momento da internação hospitalar, mas, principalmente, o futuro, pois o desafio enfrentado pelos profissionais em um serviço de neonatologia não é somente assegurar a sobrevivência dos recém-nascidos, mas promover condições que favoreçam a progressão do desenvolvimento da criança (KAMADA; ROCHA, 2006).

O nascimento de uma criança na condição de prematuridade determina uma situação de carência, que deixa o bebê prematuro e sua família à mercê da equipe de neonatologia.

A mãe apresenta uma ambivalência em relação à equipe, a qual, se por um lado, assegurou a sobrevivência de seu filho, por outro, se interpõe entre ela e o bebê. Ao mesmo tempo, até no momento da alta, a equipe ainda detém mais conhecimento sobre a prematuridade que os pais.

Os pais, inseguros, buscam certezas que, muitas vezes não podem ser obtidas. Nessas circunstâncias depositam seus anseios nos profissionais que conduzem a recuperação da criança e, assim fragilizados emocionalmente, esperam ser atendidos.

Os profissionais, devido às peculiaridades dos serviços e das limitações determinadas pela superlotação e pelo despreparo em si, vêm-se às voltas com a possibilidade de falhar, por vezes em demasia, encontrando-se, em algumas vezes, inaptos para desenvolver seu trabalho buscando a excelência.

5.3 Insegurança em cuidar do bebê prematuro

A proposição essencial sintetizada como *Insegurança em cuidar do bebê prematuro* constituiu-se a partir dos sentimentos maternos de despreparo para cuidar de uma criança tão frágil e da insegurança em relação à sobrevivência do filho que surgiu na forma de sentimentos negativos.

Na análise, tornou-se evidente a percepção materna da própria condição de despreparo para cuidar de uma criança tão frágil:

[...], pois eu não estou preparada para isso ainda... (PEDRA DA LUA)

[...], pois ela é muito pequenininha, e estou com muito medo de ir pra casa... (FLUORITA)

Às vezes eu fico um pouco nervosa, (AMETISTA)

Eu nunca lutei com um tipo de situação dessas, pois meu outro filho nasceu grandinho, não foi prematuro e bebe é assim, você tem que ter um cuidado, imagine pequenininho... Prematurozinho... (FLUORITA)

[...] preparada a gente não está, mas a gente quer levar ele para casa. (FLUORITA)

Pode-se observar que os pais dos bebês prematuros experienciam emoções que podem ser consideradas negativas, como denotam relatos de que eles se sentem ansiosos, culpados, deprimidos e assustados, sendo considerados prematuros para exercer suas funções parentais (BRUM E SCHERMANN, 2007).

O prematuro emerge na família de maneira inesperada, é percebido como um ser imperfeito, gerando insegurança e desesperança em todo o contexto familiar em especial na mãe que é a cuidadora específica para ele, desencadeando muitas vezes uma desorganização familiar. Por isso esses pais, são considerados de risco, pois já se encontram debilitados pelo sofrimento que, muitas vezes, vem desde a gestação, que se mostrou complicada. De acordo com Tronchin e Tsunehiro (2005), isso implica em falta de esperança na própria capacidade dos pais em cuidar do filho.

A reação emocional dos pais, mais especialmente das mães, à prematuridade foi compreendida por Brito (2008) como algo inerente ao fenômeno:

A prematuridade surgiu para mãe como algo inesperado, suscitando necessidade de explicação, pairando como acusação e impondo uma inquietante busca por respostas para as circunstâncias do nascimento do bebê. Lançada num estado de sentimentos antagônicos, a mãe encontrava-se presa entre a realização da maternidade e a ameaça de perder o filho. (BRITO, 2008, p 113)

Dar à luz uma criança normal é idealizado por toda mãe durante a gestação. Quando nasce um bebê antes do tempo, rompe-se no âmago do seu ser o sonho planejado, nas palavras de Sales et al. (2005). O ser mãe de prematuro determina um sentimento de ser diferenciada das demais mães, criado pela lacuna da compreensão do porquê de ter acontecido tal fatalidade. Nesse sentido, observa-se que as mães não têm confiança no futuro, como sugerem os recortes de falas a seguir:

Chorei muito, a gente fica triste não é (JADE)

No dia que eu fui ver ele a primeira vez, eu fiquei imaginando que ele não ia sobreviver (JADE)

No começo a gente nem sabe o que vai acontecer não é? Vê ele tão pequenininho tão indefeso (AMAZONITA)

Todo dia era uma preocupação, todo dia, todo dia eu chorava, pensando que poderia acontecer alguma coisa com o meu bebê (TURQUESA)

No começo passei muitas dificuldades, ele perdeu bastante peso, foi para 830g, ai cheguei a ir até o canguru, mas deu apneia nele e voltou para a UTI e depois da UTI, ele ficou bem e foi para o Médio Risco (CRISTAL).

As mães, ao vivenciarem a internação, adentram-se em uma nova realidade. Essa realidade gera sentimentos, que muitas vezes não são expressos ou, se o são, não obtêm uma compreensão por parte da família ou da equipe. Trata-se de um momento muito difícil para a mãe e, frequentemente, para toda sua família, pois envolve sentimentos de incerteza tanto do presente quanto do futuro, inclusive das perspectivas de vida das próprias mães (SALES; ZANONI; LABEGALINE, 2006).

A consciência que a equipe de profissionais da unidade neonatal venha a ter do estado da mãe de incerteza no amanhã leva a refletir sobre a importância do apoio a ser dispensado a elas. Deve-se ter uma atitude que permita que esses sentimentos negativos sejam amenizados e que, assim, as mães possam sentir-se fortalecidas e confiantes para o cuidado do seu filho.

O apoio da equipe multiprofissional é uma necessidade da mãe, e da família, durante toda a trajetória da criança na unidade neonatal. É preciso que se estabeleça um vínculo positivo entre a família e a equipe que possibilite a confiança exigida para que haja acolhimento e superação dos agravos que o nascimento de uma criança prematura trás para toda a família.

Estudos como o de Buarque *et al.* (2006) mostram a importância de um grupo de apoio no acompanhamento aos pais de recém nascidos internados em uma UTI neonatal. Esses grupos configuram-se como estratégias que proporcionam o acesso a informação sobre o estado geral do bebê e o apoio emocional diante da situação de enfrentamento da hospitalização do recém-nascido (DITZ, 2009).

Couto (2009) complementa que os profissionais devem avaliar as necessidades de cada binômio mãe-bebê no ambiente hospitalar, realizando ações que minimizem os sentimentos aflorados para que a mãe possa vir a se sentir segura para o cuidado do prematuro no domicílio.

A autoconfiança materna pode ser incentivada através do fornecimento às mães de informação correta sobre o atual estado da criança, da participação delas em algumas tomadas de decisão, dos elogios feitos pela equipe às suas atitudes positivas, da permissão dada às mães para permanecer junto aos filhos, do envolvimento das mães nas tarefas do cuidado, dentre outros itens, nos quais ainda se podem incluir a percepção das mães da segurança e do autocontrole da equipe (DUPONT; SOARES, 2005).

A mãe de um prematuro internado em uma unidade neonatal pode ser invadida por sentimentos negativos, devido a se encontrar diante do desconhecido. Pode-se constatar isso conforme as falas a seguir:

Todo dia a gente chega aqui e não sabe o que nos espera. Tem dia que a gente está triste, tem dias que está feliz pela evolução dele (AMAZONITA)

Ah! O que eu senti foi ruim. Quase todo dia eu chorava, porque pensei que meu filho ia morrer por causa dos problemas que ele tinha, não é? Todo dia eu chorava, porque tinha medo de ele morrer (MORGANITA)

Às vezes eu acho que não, às vezes eu tenho medo... Por ela ser ainda muito pequena (PÉROLA)

Estou com um pouquinho de medo (ALMANDINA)

Não deixar ninguém pegar nele, pois bebê prematuro é cheio de surpresa (ANDALUZITA).

O medo manifestado por essas mães resulta de suas dúvidas quanto a evolução que o bebê pode ter. Ou seja, é o reflexo do momento vivido como algo jamais experimentado antes e que traz a ameaça da não sobrevivência do bebê enchendo a mãe de desesperança.

A importância de a equipe prestar informações claras advém desses aspectos. É imprescindível realizar um diálogo com a família, procurando reduzir o temor sentido pelas mães nesse momento tão delicado, sem criar falsas expectativas. O acolhimento aos pais é pertinente, conforme recomendam os princípios que norteiam a humanização do cuidado, a relação interpessoal e a comunicação efetiva entre a família e a equipe (CAMPOS, 2008).

A vivência nas Unidades Neonatais evidencia que a inserção dos pais na assistência ao bebê e acessibilidade às informações de acordo com a demanda da família, nas diferentes fases de internação, torna os pais mais confiantes no cuidado com seu filho. Ao cuidar de seus filhos, as mães podem direcionar seus esforços para medidas com as quais elas se sintam atuantes no tratamento do bebê, aliviando também suas ansiedades (SCHMIDT *et al.*, 2010).

A inclusão da mãe no cuidado com o bebê ainda na unidade neonatal não apenas é essencial para a recuperação e estimulação da criança como possibilita o preparo materno para lidar com o filho prematuro no domicílio (MORAIS, 2008). Reforça-se assim a importância da preparação para alta ter início desde quando o bebê ainda se encontra na UTI neonatal. Essa preparação inclui o contato físico, as informações, a participação nas decisões e no cuidado e, também, escuta através da formação de grupos de apoio, dentro do hospital.

Mesmo inseguras as mães demonstraram alegria ao receber a notícia da alta hospitalar. Conforme se pode observar em seu discurso, a alta significa vitória, felicidade, momento em que finalmente o bebê poderá ser levado para casa para ser cuidado por sua mãe sem a intermediação tão presente da equipe. A interrogação sobre o sentimento materno nesse momento expressou felicidade, conforme pode ser verificado:

Mãe de verdade agora, poder cuidar dele é tudo que eu mais quero.
(AMAZONITA)

Era o que eu mais queria, (JADE)

Me sinto muito alegre, levar ele pra casa... Ave Maria! É uma alegria imensa. (ESMERALDA)

Quero que ela vá logo para casa... (RUBELITA)

Estou me sentindo muito honrada, ter tido ela foi uma vitória, graças a Deus ela está bem, eu estou bem (SAFIRA)

Através dos depoimentos, constatou-se que os sentimentos de alegria, felicidade e vitória foram comuns a todas elas, embora entremeados de insegurança. A alta é o momento mais aguardado por essas mães. Parece que, através da alta, encerra-se uma fase difícil, uma longa caminhada e se inaugura um novo estágio em que a mãe põe o filho em seus braços e o leva para apresentá-lo à família e ao grupo social a que pertence. Em muitos casos, as mães somente conseguem se sentir mães de fato quando chegam à sua casa com seus bebês, onde somente elas terão a responsabilidade em administrar o cuidado (AVERY; FLETCHER; MACDONALD, 1999).

A insegurança materna em cuidar do filho prematuro, que sobreviveu com a ajuda da tecnologia, convoca o apoio da equipe. A mãe não se sente capaz de cuidar sozinha. Sente medo, embora deseje protagonizar esse cuidado. Para ela, o bebê é uma criança frágil, e o momento de levar a criança para casa apresenta-se como felicidade, mas também como risco. Assumir o cuidado do filho suscita medos e levanta possibilidades de acidentes e fracassos.

A investigação de como se sentem as mães em relação ao cuidado de seus filhos nascidos de muito baixo peso no momento da alta revelou a *insegurança materna em cuidar do bebê prematuro*. Simultaneamente apontou para uma *lacuna no desempenho da equipe quanto às orientações dadas*, durante o período da internação hospitalar, em relação ao cuidado a ser dispensado no período pós-alta.

Nesse período, como esclareceu a presente investigação, a mãe ainda precisará *cuidar do bebê prematuro com apoio da equipe*, pois se sente despreparada.

Assim, pode-se considerar que se torna necessário que o cuidado com o bebê estenda-se à sua família para que a assistência neonatal insira-se em um

paradigma norteado por princípios de humanização que prime pelo cuidado individualizado e que transcenda o espaço e o tempo da permanência da criança na unidade neonatal.

A insuficiência do que foi dito a família foi verificada pela observação feita pelo presente estudo das rotinas desenvolvidas pela equipe no momento que antecedia a alta, constatando-se que o Serviço não dispõe de uma preparação sistematizada para a alta, ou seja, não existem reuniões educativas e nem uma escuta individualizada para cada família, nem mesmo para cada mãe.

A presente investigação evidenciou, a partir das falas das mães, representando, portanto, suas necessidades, pontos que podem nortear a elaboração de um protocolo (apêndice M) para o procedimento da alta hospitalar. Esse protocolo visa reduzir tais lacunas na compreensão do cuidado a ser dado ao recém-nascido de muito baixo peso no domicílio, buscando, antes de tudo, oferecer ter um espaço para escuta e aconselhamento.

Será necessário ouvir a mãe sobre suas dúvidas e apreensões, buscando dirimi-las de modo individual.

Teve-se como limitação a falta de participação da família, estando à mãe sempre presente a unidade, na maioria das vezes só, sem a companhia do pai da criança ou de outro familiar, que possa lhe dar suporte no domicílio.

Propõe-se uma intervenção para o momento que antecede a alta, que vise antes de tudo um momento de interação entre a mãe e os profissionais da unidade neonatal. Essa intervenção pretende interagir com a mãe de modo a complementar o conhecimento adquirido por ela durante a internação da criança na unidade neonatal e que lhe servirá para cuidar do bebê no período após a alta no domicílio.

Um protocolo que sirva como guia para os profissionais abordarem todos os itens considerados importantes.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

A presente investigação procurou compreender como mães de crianças nascidas com baixo peso sentem-se em relação aos cuidados que deverão dispensar ao bebê após a alta hospitalar.

O nascimento de uma criança nessas circunstâncias levanta em sua mãe dúvidas que abrangem não apenas a capacidade de sobrevivência da criança como também se lançam sobre a capacidade materna de cuidar de uma criança tão frágil que precisou do auxílio da tecnologia para sobreviver.

Captou-se que o momento da alta, portanto, reveste-se de delicadeza e a necessidade de apreender os sentimentos da mãe dessa criança impõe-se, visto que aquilo que se passa no íntimo do seu ser pode influenciar a continuidade do cuidado a ser dispensado a criança.

Para atingir os objetivos propostos por esse estudo seguiu-se a trajetória da fenomenologia que possibilita a compreensão dos fenômenos interiores, ou seja, considera o ser em si mesmo.

Por meio de reduções fenomenológicas, observou-se que a vivência desse momento, embora única para cada mãe entrevistada, consiste em um fenômeno que pode ser desvelado na medida em que surgem significados que se comparam entre si.

Constatou-se que as mães no momento da alta hospitalar mostraram-se felizes, preenchidas por um sentimento de vitória alcançada, de confiança na evolução a ser atingida pela criança e da satisfação de poderem cuidar elas mesmas de seus filhos sem a intermediação da equipe. Entretanto, ao mesmo tempo, expressaram medo do que poderia vir a acontecer pela própria fragilidade do bebê, um recém-nascido prematuro e/ou que teve peso insuficiente. Demonstrou insegurança e despreparo, apontando, muitas vezes, para as lacunas deixadas pelas orientações fornecidas pelos profissionais que, envolvidos frequentemente em suas tarefas cotidianas, tornaram o cuidado mecanizado e automático, esquecendo

a singularidade de cada criança e a necessidade de assistência humanizada que inclua a família.

Esse estudo pôde vislumbrar a urgência de uma abordagem mais humanística nas unidades neonatais. Um atendimento capaz de promover uma interação especial entre a equipe e cada mãe, e de estabelecer uma aliança que possibilite o diálogo, a troca de informações e a confiança mútua, permitindo assim um cuidado individualizado, que contemple os valores culturais e religiosos de cada família, como também, o nível de apreensão e as necessidades de cada pai e mãe em direção à construção de seus papéis de pais dessa criança.

Durante a internação do filho na unidade de cuidados intermediários, a mãe pode realizar cuidados como o banho, administração da dieta e a troca de fraldas, conforme demonstrados pela equipe, porém esses cuidados no domicílio podem passar por modificações conforme a rotina de cada família e a necessidade de cada bebê. Advém daí a importância em reforçar os cuidados centrados na família.

O planejamento da alta do recém-nascido de muito baixo peso deveria começar a partir do dia de sua chegada à unidade neonatal e ir sendo elaborado na medida em que o conhecimento entre a equipe e a mãe fosse se dando em torno das condições do bebê. No momento da alta hospitalar, a identificação das deficiências de cada um dos pais e do seu bebê possibilitaria que as recomendações fossem específicas e as dúvidas reduzidas ao mínimo.

Esse estudo permitiu uma aproximação de como as mães de crianças prematuras ou nascidas com muito baixo peso sentem-se em relação aos cuidados que elas deverão dispensar ao bebê após a alta hospitalar, levando à várias reflexões quanto à práxis desenvolvida.

O cuidado com o bebê nas unidades de terapia intensiva neonatal deve ser estendido às famílias. É preciso reforçar a importância do cuidado no domicílio, permitindo que as mães expliquem angústias e inseguranças existentes. Impõe-se que seja estabelecido um vínculo que propicie à equipe um olhar exclusivo e diferenciado para cada família.

A meta de compartilhar com os pais o cuidado da unidade neonatal pode ser o primeiro passo a ser seguido, visando o bem estar da criança e sua família no domicílio, pois assim, pode ser criada uma vinculação que capaz estender o cuidado compartilhado ao período pós-alta.

O próximo passo talvez consista na elaboração e seguimento de um protocolo de alta a ser implantado na unidade neonatal pesquisada, com ações que visem ao diálogo individualizado com cada família, permitindo a descoberta das reais necessidades de cada criança e de cada família, e possibilitando orientações que ofereçam aos pais o fundamento do cuidado que deverá ser dispensado ao bebê no domicílio.

Espera-se que o presente estudo possa contribuir para a reflexão sobre a qualidade da assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e à sua família, visando especialmente à preparação para o cuidado no domicílio, propiciando a adoção de práticas que possam ser expandidas a todos os componentes da equipe, de tal modo que a assistência nas unidades neonatais permita que as famílias possam ser mais participativas, tendo em vista o desenvolvimento integral dessa criança.

O convívio de maneira individualizada com essas mulheres, compartilhando seus temores e presenciando suas emoções levaram a pesquisadora a compreender o desafio, as vicissitudes e a grandeza da vivência de se tornar mãe de um bebê nascido de baixo peso que, não podendo ser tomado e levado para casa, obriga sua mãe a compartilhar com a equipe, pessoas até esse momento desconhecidas, seus anseios e esperanças.

Que esse conhecimento possa ajudar a construir uma abordagem mais adequada para a assistência neonatal.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 2001.

ARAÚJO, J. Prematuridade. IN: GONÇALVES, P. **Tudo sobre a criança: perguntas e respostas**. São Paulo: Ibrasa, 2003.

AULAGNIER, P. **Um intérprete em busca de sentido**. São Paulo: Escuta, 1990.

_____. Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia. In: HORNSTEIN, L. *et al.* **Cuerpo, historia, interpretación**. Buenos Aires: Paidós, 1994.

AVERY, G. B.; FLETCHER, M.; MACDONALD, M.G. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. Rio de Janeiro: Medsi Editora, 1999.

BALDINI, S.M. **Humanização em UTI Pediátrica e Neonatal**. Estratégias de intervenção junto ao paciente, aos familiares e a equipe/Sonia Maria Baldini. Vera Lucia Jornada Krebs. São Paulo: Atheneu, 2010.

BARRETO, J. A. E. ; MOREIRA, R. V. O. (org). **Imaginando erros**. Fortaleza: Casa de José de Alencar/Programa Editorial, 1997.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes; 1999.

BORGES-DUARTE, Irene. **A fecundidade ontológica da noção de cuidado**. De Heidegger a Maria de Lourdes Pintasilgo. *Ex aequo*, 2010, nº 21, p. 115-131.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: Método Mãe-Canguru: manual do curso**. Brasília: MS; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 238 p

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/reso19696.htm>>. Acesso em: set. 2009.

_____. **Indicadores e dados básicos**, 2009. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 13 nov. 2010.

_____. **Metas de desenvolvimento do milênio**. Disponível em: <<http://en.mre.gov.br/index.php>>. Acesso em: 13 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: MS, 2011.4 v.

BRITO, M.H.A. **Ser-mãe-de-prematuro**: o cuidado inimitável da presença materna. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2002.

_____. **Modelos de assistência neonatal**: comparação entre o método mãe-canguru e o método tradicional. 2008. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

BRUM, E.H.M.; SCHERMANN, L. Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** [online], v.17, n.2, p.12-23, 2007.

BUARQUE, V.; LIMA, M. C.; SCOTT, R. P.; VASCONCELOS, M. G. L. O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 4, p. 295-301, ago. 2006.

CASTRO, B.P. DE. **Vulnerabilidades e a saúde do recém-nascido**: contribuições da assistência de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CAMPOS, A.C.S; ODISIO, M.H.R.; OLIVEIRA, M.M.C.; ESTECHE C.M.G.C.E. Recém-nascido na unidade de internação neonatal: o olhar da mãe. **Rev. RENE**, v.9., n.1., p.52-59., jan./mar. 2008.

CARNEIRO, ALAN DIONÍZIO. **Valores éticos no ensino do cuidar em enfermagem**: um estudo fenomenológico a partir de Max Scheler. Dissertação (Mestrado). João Pessoa. 2009.

CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista**: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1987.

CELICH, K. L. S; ALVARENGA, R. E. Vivenciando o “estar - com” o filho durante a indução anestésica. **Revista: Nursing**, v.84, n.8, Maio. 2005.

COUTO, F. F. **Vivência materna no cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions**. London: SAGE Publications, 1998.

CUNHA, S. R., GUEDES, A. G. Principais procedimentos de Enfermagem neonatal. In: DUTRA, Adauto. **Medicina neonatal**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

DUTRA, Adauto. **Medicina neonatal**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

ESPINOZA J, KUSANOVIC J, KIM C, KIM Y, KIM J, HASSAN S, *et al*. An episode of preterm labor is a risk factor for the birth of a small-for-gestational-age neonate. **Am J Obstet Gynecol.**, v.196, n.574, p.1-6, 2007.

DITZ, E. S. **A mãe no cuidado do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva**. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2009.

DUPONT, S. L.; SOARES, M. R. Z. **Hospitalização infantil: a importância da orientação aos pais**. Revista: *Pediatria Moderna*. V. XLI. Nº 5. Set./out., 2005.

FERECINI, G.M. **Aprendendo e ensinando sobre os cuidados com o filho prematuro: a vivência de mães em um programa de educação e saúde**. Dissertação de Mestrado. Escola de enfermagem de Ribeirão preto. USP. 2008

FERECINI G.M.; FONSECA, L.M.M.; LEITE, A.M.; DARÉ M.F.; ASSIS, C.S. SCOCHI, C.G.S. Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n. 3, maio/jun. 2009.

FITZPATRICK, J.J. WALLACE, M. **Encyclopedia of nursing research**. 2. ed. Newtown: Springer Publishing Company, 2006.

FONSECA, L. M. M. *et al*. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 65-75, Jan./Fev. 2004

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C.G.S.; **Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família.** FIERP. Ribeirão Preto, São Paulo, 2009, 64p.

FREITAS, Juliana de O. CAMARGO, Climene L. de. Discutindo o cuidado ao recém-nascido e sua família no método mãe-canguru. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** [online], v.16, n.2. 2006

GAÍVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. *Rev Bras Enferm.*, v.58, n.4, p.:448-488, Jul./ago. 2005.

GARITE T, CLARK R, THORP J. Intrauterine growth restriction increases morbidity and mortality among premature neonates. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 191, p.481–487, 2004.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GUTBROD T. Effects of gestation and birth weight on the growth and development of very low birth weight small for gestational age infants: a matched-group comparison. **Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal**, v.82, p.208-214, 2000.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2001

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo.** Petrópolis: Vozes, 2006.

HUSSERL, E. **A idéia da fenomenologia.** Lisboa: Edições 70, 1990

KAMADA, I.; ROCHA, S.M.M. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. **Esc enferm USP**, v.40, n.3, p.404-411, 2006.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal.** Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001

KILSZTAJN, S.; ROSSBACH, A.; CARMO, M.S.N.; SUGAHARA, G.T.L. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**; v.37, p.303-310, 2000.

KLAUS, H.M.; KENNEL, J.H. **Pais-bebês: a formação do apego.** Porto Alegre: Artes médicas, 1999.

KLAUS, H.M.; KENNEL, J.H.; KLAUS, P.H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência.** Porto Alegre: Artes médicas, 2000.

KÖNIG AB, FONSECA AD, GOMES VLO. Representações sociais de adolescentes primíparas sobre “ser mãe”. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]; v.10, n.2, p. 405-413, 2008

KRAMER, M.S. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. **Bull World Health Organ.**; v.65, p.663-737, 1987.

LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LEONE, CR; RAMOS, JLA; VAZ, FAC. O recém-nascido pré-termo. in: MARCONDES, E. **Pediatria Básica - Pediatria Geral e Neonatal**. Tomo I. São Paulo: Sarvier, 2002.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 312p.

MENDELSON, A. Recovering reverie: using infant observation in interventions with traumatized mothers and their premature babies. **Infant Observation.**, v.8, n.3, p. 195-208, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAIS, A.C. **O cuidado a criança prematura no domicílio**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, 2008.

MORAIS, A.C.; QUIRINO, M.D.; ALMEIDA, M.S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.1, jan/fev. 2009.

MORTALIDADE INFANTIL NO CEARÁ. Disponível em: <<http://tvverdesmares.com.br/cet2aediçao/mortalidadeinfantil-no-ceara>>. Acesso em: 23 nov. 2010.

NADER, S.S.; PEREIRA, D.N. **Atenção Integral ao recém-nascido: guia de supervisão de saúde**. Porto Alegre, UNIFESP, 2004.

NORWITZ, ER.; ROBINSON, JN. A systematic approach to the management of preterm labor. **Semin Perinatology**, v 25, n.4, p.223-35, 2001.

OLIVEIRA, S.R. **A alta do recém-nascido da unidade de terapia intensiva neonatal: implicações para a continuidade do cuidado**. Tese de mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2009.

PEDROSO, G. E. R.; BOUSSO, R. S. O significado de cuidar da família na UTI neonatal: crenças da equipe de enfermagem. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 129-134, 2004.

POLIT, D.F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RABELO, M.Z.S.; CHAVES, E.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; SHERLOCK, M.S.M. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém nascido prematuro. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.3, 2007.

RAMOS, H.Â.C.; CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery**, v.13, n 2, abr./jun. 2009.

RAMSEY, P. S.; GOLDENBERG, R. L. Obstetric management of prematurity. In: FANAROFF, A. A.; MARTIN, R. J. **Neonatal-perinatal medicine**: disease of the fetus and infant, St. Louis: Mosby, 2002.

ROLIM, K.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.4, n.1, p.85-92, jan./fev. 2006.

ROSA, M.V.F.P.C. **A entrevista na pesquisa qualitativa**: mecanismos para validação dos resultados. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

SALES, C.A.; VRECCHI, M.R.; MIKUNI, P.K.; FERREIRA, E.A.; ANDRADE, V.C.C.; GODOY, A.V.; LOPES, N.A.G.; ZANONI, A.C.N. Vivenciando a facticidade em dar existência a filho prematuro: compreensão dos sentimentos expressos pelas mães. **Acta Sci. Health Sci.**, v. 27. n 1 p.19-23, 2005.

SANTOS, A.M.M.; THOMAZ, A.C.P.; ROCHA, J.E.S. Crescimento intra-uterino restrito diagnosticado pelo índice ponderal de Röhrer e sua associação com morbidade e mortalidade neonatal precoce. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.27. p.303-309, 2005.

SARAIVA, C. **Atenção humanizada em unidade de terapia intensiva neonatal**. Novo Hamburgo: Feevale, 2006.

SCHELER, M. **A posição do homem no cosmos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

SILVA, L.W.S.; FRANCIONI, F.F.; SENA, E.L.S.; RANDÜNZ, T.E.C. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re) descoberta na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.4, p.471-475, jul./ago. 2005.

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

SOUSA, J.C.; SILVA, L.M.S.; GUIMARÃES, T.A. Preparo para alta hospitalar do recém nascido de risco em uma unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. **Rev. Enf. UFPE On Line.**, v.:2, n.2, 2008.

SOUSA, K.M.O.; FERREIRA, S.D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.471-480, 2010.

STERN, D. N. **A constelação da maternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

TRAGANTE, C.R.; CECCON, M.E.; FALCAO, M.C. Desenvolvimento dos cuidados neonatais ao longo do tempo. **Pediatria**, v.32, n.2, p.121-130, 2010.

TOUGH, S.C. et al. Characteristics of preterm delivery and low birthweight among 113.994 infants in Alberta: 1994-1996. **Canada jornal Public Health**, v. 92, n.4, p276-80, jul./ago. 2001.

TRONCHIN, D.M.R.; TSUNECHIRO, M.A. **A experiência de tornarem-se pais de prematuros um enfoque etnográfico**. Rev Bras de Enfermagem, v.58, n.1, p.49-54, jan./fev., 2005.

_____. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n.1, p.79-88, 2007.

TSAI, J.; YU K, QIAN C.; LAM C, KARUMANCHI A, LEVINE R. Association of maternal serum levels of soluble endoglin with small-for-gestational-age and preterm births. **Am J Obstet Gynecol.**, v.195, p.183, 2006.

UNICEF. Relatório da Situação Mundial da Infância 2008 – Caderno Brasil. Brasília: UNICEF, 2008. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2010.

VIEIRA, C.S.; MELLO, D.F. O seguimento da saúde da criança pré termo e de baixo peso egressa em terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.18, n.1, jan./mar. 2009.

WILSON, D. **Promoção de saúde do recém-nascido e da família**. in: Hockenberry, MJ. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7. Ed., São Paulo: Elsevier; 2006. cap 8, 175-221p

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Ed Martins Fontes, 2002.

WONG, D. L. **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

WUST, G.G.; VIEIRA, C.S. O relacionamento mãe-bebê pré-termo após a alta hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, v.16, n.2, abr./jun.2011

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Maria Zuleide da Silva Rabelo, Enfermeira, aluna do curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, estou desenvolvendo uma pesquisa cujo tema é: *A Alta hospitalar do bebê de muito baixo peso e o cuidado no domicílio*. E tem como objetivo compreender como se sente a mãe de bebês nascido de muito baixo peso em relação aos cuidados que devem ser dispensados após a alta hospitalar. Venho solicitar a sua participação através de uma entrevista gravada. Essa pesquisa, não oferece nenhum custo financeiro. E que a senhora têm total liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo para ambos. Asseguro ainda que seu anonimato será preservado. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Sempre que quiser poderá pedir mais informações à pesquisadora sobre dados da pesquisa e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral César Cals (HGCC). Através dos telefones abaixo. Asseguramos que suas informações são estritamente confidenciais, somente a pesquisadora e sua orientadora terão conhecimento dos dados. Caso a senhora aceite peço que assine o presente termo em duas vias, ficando uma com a senhora e outra comigo (pesquisadora).

Telefone da pesquisadora: 31015391/86

Telefone do CEP: 31015354

Maria Zuleide da Silva Rabelo (pesquisadora)

TERMO DE CONSETIMENTO PÓS ESCLARECIDO

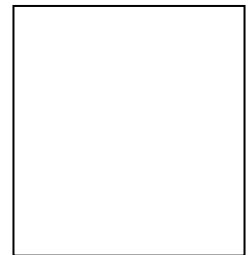
Eu _____ RG _____ após devidamente orientada, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa cujo título é: *Alta hospitalar do bebê de muito baixo peso e o cuidado no domicílio*. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Fortaleza, ___/___/___

Nome por extenso

Sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador



APÊNDICE B

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

RN de _____

Data do nascimento / / Prontuário _____ Unidade _____

1 Preparação da família para a alta, feita pela equipe:

- a. São dadas orientação no dia a dia dos pais na unidade
- b. Quais orientações são oferecidas aos pais
- c. São feitas reuniões educativas com a equipe multiprofissional
- d. Há uma escuta individualizada para cada binômio mãe-pai.
- e. Com que período é iniciado a orientação para a alta.

2. Observação da orientação no momento da alta, que é realizada pelo enfermeiro.

- a. Presentes mãe pai outro familiar _____
- b. Conteúdo da orientação
- c. Complicações do prematuro sim não
- d. Explicação da receita sim não
- e. Informação sobre vacinas sim não
- f. Indicação de retornos sim não
- g. Orientação sobre intercorrências sim não
- h. Outras _____

3. Perguntas dos pais sim não.

Se sim, temas abordados _____.

APÊNDICE C

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Entrevistado _____

1. Dados sobre a mãe

Idade _____ Profissão _____ Vive com companheiro sim não

Escolaridade materna nenhuma fundamental incompleto fundamental completo ensino médio ensino superior ignorado

G _____ P _____ A _____ N° de filhos vivos _____

Procedência _____

2. Dados sobre a criança

Sexo _____ PN _____ PA _____ IG _____ base DUM CS

UTI Entrada / / Saída / / UMI Entrada / / Saída / /

Visita materna diária sim não paterna diária sim não

Aleitamento na alta AME AP AM AA

3. Pergunta norteadora:

Como você pretende cuidar do seu bebê em casa?

APÊNDICE D

RELAÇÃO DAS UNIDADES DE SIGNIFICADOS

01. Alta como início do verdadeiro cuidado materno – E19
02. Alta como meta – E6 – E12 – E16 – E17– E19
03. Alta como vitória – E7 – E19
04. Alta do bebê como felicidade – E2 – E6 – E8 – E12 – E15 –E17 – E18
05. Ambivalência em relação à amamentação – E10 – E15
06. Apoio dado pela equipe às dificuldades emocionais enfrentadas pela mãe – E9 – E15 – E16
07. Aprendizagem através da atenção aos cuidados prestados na Unidade – E2 – E5 – E13 - E14
08. Aprendizagem atribuída ao método Canguru - E3
09. Aprendizagem de troca de fraldas - E3
10. Aprendizagem de um cuidado mecanizado - E19
11. Aprendizagem do cuidado pós-alta– E5 – E8 – E13– E15
12. Confiança materna na ajuda da família – E4 – E6 – E10 – E13 – E15
13. Confiança na equipe multiprofissional – E6 – E20
14. Confiança na sobrevivência vem com a boa evolução do bebê – E12
15. Convivência com a equipe possibilitou confiança em cuidar do bebê – E9 – E14
16. Crianças prematuras exigem cuidado especial – E1- E2- E4- E5- E6-E8 – E9 – E11– E14 – E16 – E20
17. Crianças prematuras podem apresentar problemas súbitos após a alta – E12 – E18
18. Cuidado com o prematuro em casa deve ser igual ao do hospital – E2 – E3 – E4 – E5 – E8 – E10 – E11– E17 – E19
19. Cuidado como amamentação – E2 – E4 – E5 – E6 – E8 – E9 – E12 – E14 – E15 – E17– E18 – E20
20. Cuidado como amamentação, saber dar a dieta e banhar – E14
21. Cuidado materno como responsabilidade – E8 – E13
22. Cuidado como carinho e amor – E5 – E15 – E20
23. Cuidado como consolo – E18 – E19
24. Cuidado como higiene, limpeza – E7 – E8 – E9 - E11 – E16 – E17 – E18
25. Cuidado como individualização – E15 – E16
26. Cuidado como prevenção de sufocamento – E18
27. Cuidado como promoção de saúde – E18- E20
28. Cuidado como sabedoria a ser dada por Deus - E3
29. Cuidado como silêncio – E7
30. Cuidado como tensão em evitar dificuldades súbitas do bebê – E5 – E12
31. Cuidado como tentativa de proteger o bebê ainda no útero – E13
32. Cuidado imitativo do cuidado prestado pela equipe – E12 – E18 – E20
33. Cuidado materno como melhor que o preconizado pelo serviço – E3 – E15 – E17
34. Crítica ao cuidado mecanizado – E18
35. Cuidado na unidade como algo automático - E1
36. Cuidado no MR como algo mecânico - E3
37. Cuidado pós – alta como evitar doenças - E7– E14 – E20
38. Cuidado pós – alta como evitar poeira – E11– E14 – E20

39. Cuidado pós – alta como permanecer sempre casa – E11
40. Cuidado pós- alta como lavagem das mãos– E11
41. Cuidado pós-alta exige dedicação exclusiva – E5 – E12
42. Descrição dos cuidados a tomar dentro da unidade - E4 - E11
43. Despreparo para a maternidade – E13
44. Dificuldade de banhar o bebê prematuro – E3 - E6 – E12
45. Dificuldades maternas com a linguagem do bebê prematuro – E6
46. Ensinamentos da equipe de vários aspectos do cuidado – E2 - E4 – E6 – E14 – E15 - E19 – E20
47. Esperança de aprender a cuidar, cuidando. E20
48. Evolução favorável do bebê como vitória – E17
49. Experiência de acompanhar o filho prematuro como aprendizagem de vida – E9
50. Expressar tristeza pode secar o leite – E12
51. Falta de compreensão da prematuridade – E19
52. Falta de esperança inicial na sobrevivência do bebê – E12 - E13 – E19
53. Falta de preparação da mãe para o cuidado com o prematuro - E1 - E3 - E6 - E13 – E20
54. Fé em Deus e otimismo como recursos para enfrentar a prematuridade – E12
55. Gravidez inesperada – E13
56. Hesitação em descrever as orientações recebidas para o cuidado pós-alta – E2 – E12 – E15
57. Hesitação em descrever como deve ser o cuidado – E1 – E2 – E3 – E7 – E9 – E11 – E14 – E18 – E20
58. Importância do interesse e da presença materna - E4
59. Insegurança em relação à amamentação – E10
60. Insuficiência do serviço quanto à preparação da mãe para a alta – E1– E6 – E9
61. Levar o filho prematuro para casa modifica e restringe o cotidiano da vida – E4 - E6 – E9 – E12 – E16– E17
62. Medo de não conseguir cuidar da criança em casa – E12
63. Medo de que a criança passe mal – E12
64. Medo inicial de cuidar do bebê prematuro – E3 – E4 – E5 – E6 – E20
65. Necessidade de aprender a ser mãe – E19
66. Necessidade de estar em casa, junto com o pai do bebê – E19
67. Necessidade de preparação para a mãe ser capaz de cuidar do bebê prematuro – E5 – E6
68. Necessidade de reafirmar segurança – E10
69. Necessidade de saber os sentimentos dos profissionais pelo prematuro – E5
70. Necessidade materna de esperança no futuro – E9
71. Orientação positiva de funcionários - E2 – E9
72. Orientações da equipe para o período pós-alta inclui evitar passeios e visitas, amamentar e dar vitaminas – E6
73. Percalços do acompanhamento da trajetória do filho prematuro na unidade neonatal - E4 - E8 – E9 - E11– E16 - E17 – E19
74. Prematuridade como algo inesperado – E17
75. Prematuridade traz desesperança na sobrevivência do bebê – E13
76. Prematuridade traz tristeza para a mãe – E12 – E17
77. Preocupação com a parte afetiva do cuidado - E2 - E5 – E7 - E8 – E15 – E18 – E19
78. Preocupação com o cuidar integral de modo a favorecer o bebê – E3 – E4 – E5 – E8

79. Preocupação com possíveis necessidades de cirurgias – E11
80. Preocupação em preparar o filho prematuro para a vida – E8
81. Preparação para o cuidado é saber cuidar – E13
82. Presença materna contínua como cuidado materno verdadeiro – E19 – E20
83. Pulmão do prematuro como ponto frágil - E2 – E12
84. Recebimento de orientação e apoio para a amamentação – E12
85. Recém-nascido prematuro como um ser frágil – E5 - E6
86. Reconhecimento do trabalho da equipe – E12
87. Referência de lacunas na orientação recebida – E14 – E15 – E17
88. Segurança adquirida através do método canguru - E3
89. Sentimento de capacidade de cuidar do bebê - E2 - E3 - E4 – E7 - E8 – E9 – E11– E15
90. Sentimento de culpa por deixar o bebê sem mãe no hospital – E17
91. Sentimento de estar preparada para o cuidado pós-alta – E12 – E15– E16 – E18
92. Sentimento de insegurança de levar o bebê prematuro para casa – E3 – E6
93. Sentimento de separação e perda após o parto – E13
94. Sentimento de ser bem atendida – E8 – E9 – E14 – E16 – E19
95. Silêncio diante da proposta de avaliação das orientações recebidas – E13
96. Silêncio quanto às orientações para o cuidado em casa – E11
97. Sofrimento com a possibilidade de sequelas neurológicas – E11
98. Solidão e depressão na vivência materna da unidade neonatal – E15
99. Tentativa de apropriação da função materna – E13
100. Ajuda da funcionária para decidir amamentar – E15
101. Tristeza da mãe pode passar para o bebê – E12

APÊNDICE E

VALIDAÇÃO DAS UNIDADES DE SIGNIFICADOS

01	Alta como início do verdadeiro cuidado materno
E19	Mãe de verdade agora, poder cuidar dele é tudo que eu mais quero.
02	Alta como meta
E6	[...] mas a gente quer levar pra casa.
E12	Era o que eu mais queria,
E16	Quero que ela vá logo para casa...
E17	Eu estou feliz, estou contando as horas.
E19	[...] até o momento da alta, não é? É tudo que a gente mais quer,
03	Alta como vitória
E7	Estou me sentindo muito honrada, ter tido ela foi uma vitória, graças a Deus ela está bem, eu estou bem.
E19	Passar por tudo isso até chegar esse momento, que é a expectativa de levar ele pra casa.
04	Alta do bebê como felicidade
E02	Me sinto muito alegre, levar ele pra casa... Ave Maria! É uma alegria imensa.
E06	Só que a gente vai pra casa feliz
E08	Eu sou mãe pela primeira vez e me sinto muito feliz.
E12	Ah! Eu me sinto muito feliz, era o que eu mais queria.
E15	Me sinto feliz não é?
E17	Mas a gente como mãe se sente feliz por levar o nosso bebê para casa
E18	Tudo de bom, saber que ele vai sair de alta.
05	Ambivalência em relação à amamentação
E10	Não tenho nenhuma dúvida, mas estou preocupada, tenho medo que o leite acabe, porque eu quero dar de mamar a ela, não tenho nenhuma dúvida.
E15	Foi tão bom, a primeira vez que eu botei ele no peito, eu chorei muito, aí me deu aquele arrependimento, porque eu não queria botar ele no peito, tinha medo do peito ficar feio
06	Apoio dado pela equipe às dificuldades emocionais enfrentadas pela mãe
E09	As auxiliares são amigas e assim, muitas vezes a gente está triste e muitas vezes as meninas dão ânimo.
E15	[...] ela me ajudou bastante, se não fosse ela eu nem estava aqui pra contar a história, mas ela chegou na hora certa, assim, porque eu não tinha ninguém pra conversar. Toda vez que eu estava chorando angustiada, ela chegava e me dava uma palavra, conversava, [...]
E16	[...] aí eu comecei a chorar, aí a enfermeira sentou do meu lado e me explicou tudo.
07	Aprendizagem através da atenção aos cuidados prestados na Unidade
E2	Vou ter o mesmo cuidado que ele tem aqui, eu presto atenção...
E5	Eu aprendi, no decorrer de eu ver as auxiliares fazendo.
E13	Ninguém me ensinou, no começo quando ele estava na UTI eu ficava só olhando elas trocarem, aí eu aprendi.
E14	Eu só vendo, só vendo aí fui aprendendo, fiquei olhando e aprendi.
08	Aprendizagem atribuída ao método Canguru
E3	As meninas lá do Canguru me ensinaram tudo...
09	Aprendizagem de troca de fraldas
E3	Puxa! Eu não sabia nem trocar fralda, agora eu sei...
10	Aprendizagem de um cuidado mecanizado
E19	A gente aprende aqui a cuidar dele, dar banho, trocar a fralda, fazer higiene,
11	Aprendizagem do cuidado pós-alta
E5	[...] as enfermeiras me explicando, as doutoras também, isso foi me ajudando a entender como eu ia criar um bebê prematuro.
E8	[...] muitas coisas aprendi aqui, pretendo ter muito cuidado com ele.
E13	Aprende dar banho, aprendi como trocar fralda, no começo eu pensei que não sabia, mas depois eu vendo como elas faziam eu aprendi, elas me perguntaram se eu sabia eu disse que sabia aí eu tentei e consegui.

E15	[...] o tempo que eu passei aqui eu aprendi muita coisa [...]
12	Confiança materna na ajuda da família
E4	[...] vou ter ajuda da minha mãe também, então como ela já cuidou de mim, vai saber me ajudar, não é?
E6	[...] quem vai banhar é a minha mãe,
E10	Vou ter a ajuda da minha mãe
E13	Agora eu vou ficar na casa da minha mãe,
E15	[...] minha mãe também, com certeza ela vai me ajudar muito
13	Confiança na equipe multiprofissional
E6	[...] no hospital a gente se sente mais segura, porque tem os médicos, enfermeiros que dão um tipo de assistência, em casa não, é só com a gente e com ela não é.
E20	Me disseram e eu peguei.
14	Confiança na sobrevivência vem com a boa evolução do bebê
E12	[...] depois eu fui vendo as melhoras dele pouco a pouco e agora tá aí,
15	Convivência com a equipe possibilitou confiança em cuidar do bebê
E9	[...] mas como eu estou vendo ele todo dia, minha mãe não vai saber cuidar, porque eu tive palestras aqui no hospital, eu tive todo... assim... Um apoio das meninas...
E14	Foi maravilhoso, gostei muito daqui, aprendi muita coisa que eu não sabia ainda.
16	Crianças prematuras exigem cuidado especial
E1	Pois são crianças prematuras
E2	Vou ter o máximo de cuidado, pois ele nasceu prematuro.
E4	[...] eu vou ter um cuidado maior do que eu pensava em ter, porque ela é prematura e o cuidado é maior,
E5	[...] já é difícil cuidar de um bebê de nove meses, imagine do prematuro não é?
E6	Eu nunca lutei com um tipo de situação dessas, pois meu outro filho nasceu grandinho, não foi prematuro e bebe é assim, você tem que ter um cuidado, imagine pequenininho... Prematurozinho...
E8	É assim, com muita responsabilidade, como ele é prematuro tem que ter muitos cuidados e assim o máximo possível,
E9	[...] porque eles não têm nenhuma imunidade, porque eles são muitos prematuros, não é?
E11	Porque ele é uma criança prematura e o cuidado dele é mais especial do que se ele fosse um menino de nove meses.
E14	Só tem que ter muito cuidado, pois ele é prematuro.
E16	Primeiramente é um cuidado especial porque ele é muito pequeno, não é a mesma coisa da criança normal.
E20	Até porque ela nasceu prematura, tem que ter mais cuidados.
17	Crianças prematuras podem apresentar problemas súbitos após a alta
E12	[...] só fico preocupada assim, porque ele nasceu de seis meses, aí eu me preocupo, se ele sentir qualquer coisa,[...]
E18	Não deixar ninguém pegar nele, pois bebê prematuro é cheio de surpresa.
18	Cuidado com o prematuro em casa deve ser igual ao do hospital
E2	Me ensinaram tudo aí, até a caminha eu vou fazer do mesmo jeito, que é o costume que ele tem por causa do pulmãozinho dele.
E3	Eu pretendo do jeito que as meninas me ensinaram...
E4	[...] ela não vai ter muita visita, não vou deixar muita gente pegar nela, vou ser super chata, as pessoas vão ter que lavar as mãos do jeito que eu lavo aqui, vão ter que botar máscara, botar touca[...]
E5	[...] então a gente precisa ter muito cuidado, lavar as mãos antes de manusear, usar álcool gel sempre, ter cuidado com as pessoas que forem visitar, para lavarem as mãos, não ficarem muito perto... Então é isso, muitos cuidados que a gente aprende, levamos para casa.
E8	Assim, na parte da limpeza, tem que lavar as mãos, usar o álcool gel, colocar ele para arrotar,
E10	[...] e tentar seguir o que a gente faz aqui,
E11	[...] e eu vou fazer o que eu faço aqui[...]
E17	Bem, na minha casa, todos os cuidados que a gente tem aqui, vai ter o dobro em casa.
E19	Primeiro eu vou fazer tudo que eu faço aqui como alimentar, trocar, dar banho, na higiene dele tudo direitinho[...]
19	Cuidado como amamentação

E2	[...] quando eu chegar em casa ainda vou tentar amamentar ele...botar ele no peito...só que todo dia não é...
E4	[...] desde o início as meninas me orientaram de como tirar o leite... Que ela devia tomar só o meu leite...
E5	[...] dar de mamar, pois a mama é muito importante,
E6	[...] dar só de mamar, só o peito,
E8	[...] botar no peito
E9	É principalmente como amamentar, porque quando a gente está amamentando, o leite, ele tem todos os nutrientes que a criança precisa e como ele tem quase três meses, a mãe não tem muito leite como no começo, não é, mas como ele começou a mamar agora, no final, o leite já começou a aumentar, como ele vai aumentando a sucção vai aumentar o leite.
E12	Amamentação dele, enquanto eu puder não vou parar, aí... É tudo, tudo...
E14	Dar de mamar direito a ele...
E15	[...] mas agora, ele mama de instante em instante, não tem coisa melhor que amamentar...a amamentação ele precisa, a criança se sente mais segura...mais amada, ele está sentindo a presença da mãe. Ele sabe que a mãe está ali no momento mais difícil da vida dele.
E17	[...] a gente vai amamentar,pra mim é muito gratificante.
E18	[...] dar o peito a ele, muita saúde[...]
E20	[...] assim, o bebê que mama, vamos dizer fica mais protegido com o leite da mãe[...]
20	Cuidado como amamentação, saber dar a dieta e banhar.
E14	Amamentar, dar a dieta direito, banhar, porque eu não sabia direito. Aprendi aqui, porque o meu outro quem banhava era a minha mãe, eu não sabia e aprendi a banhar
21	Cuidado materno como responsabilidade
E8	É assim, com muita responsabilidade,
E13	Cuidar da criança mesmo
22	Cuidado como carinho e amor
E5	Cuidar pra mim é acima de tudo, ter o carinho, porque o cuidado depende do carinho, se você não tem o carinho você não cuida bem. Então o carinho, a atenção, o gesto de amor, pega, conversa, cuidar é muito importante [...]
E15	O cuidado pra mim é ter amor por ele, por ele ser prematuro [...]
E20	[...] dar amor e carinho para ela.
23	Cuidado como consolo
E18	[...] quando ele chorar não deixar ele chorar muito...
E19	Ser mãe é estar presente toda hora que ele chorar
24	Cuidado como higiene, limpeza.
E7	É ser higiênico, lavar as mãos, as coisinhas dele, ser muito higiênico.
E8	Tratar ele com todo cuidado, lavar as mãos sempre, passar álcool, manter a casa limpa, não é? Sem poeira,
E9	[...] quanto à lavagem de mãos, que é muito importante, não é?
E11	[...] pessoas de mão suja pegar no meu filho, quando vier da rua, evitar para não pegar no meu filho, principalmente ele que vai fazer a cirurgia dos olhos e aí tenho que ter mais cuidado ainda com a poeira.
E16	Lavar as roupinhas dela todo dia, não deixar pegarem nela, todas as pessoas que chegarem da rua pegar. São esses cuidados que vou ter
E17	Outro é lavar as mãos com álcool antes de pegar no bebê, da mesma forma que fazem aqui, também vou tentar fazer em casa. Banhar direitinho, com água morna, de três em três horas trocar a fraldinha dele, lavar o seio antes de amamentar, é muito importante para não dar algum problema na boquinha do bebê.
E18	Toda higiene.
25	Cuidado como individualização
E15	Ter mais cuidado com ele, ter um espaço só pra ele.
E16	É bom... Eu já tenho outra filha e cada filho que a gente vai tendo é como se fosse o primeiro [...]
26	Cuidado como prevenção de sufocamento
E18	Não deixar ele com nenhum pano, fazer o rolinho para ele não se enforçar, não deixar ele só, também ter o maior cuidado no berço, para ele não ficar descendo e não deixar nenhum pano perto dele[...]

27	Cuidado como promoção de saúde
E18	Dar banho de sol, as vacinas, deixar ele bem saudável.
E20	Assim, sempre levar pra vacina, pois bebê precisa dessas coisas não é?
28	Cuidado como sabedoria a ser dada por Deus
E3	Eu pedi muito a Deus para me dar sabedoria para eu cuidar da minha filha...
29	Cuidado como silêncio
E7	É não ter “zuada”, evitar “zuada”,
30	Cuidado como tensão em evitar dificuldades súbitas do bebê
E5	Fazer o máximo possível, para não acontecer mais nada,
E12	Vou fazer de tudo para ele não sentir nada.
31	Cuidado como tentativa de proteger o bebê ainda no útero
E13	Eu pensei que ele ia morrer que não ia ter como salvar ele, aí, eu tentei segurar para ele não nascer logo, mas não deu, ele nasceu na ambulância [...]
32	Cuidado imitativo do cuidado prestado pela equipe
E12	Apreendi muita coisa, além do banho, como pegar pra banhar, trocar ele, não deixar nenhuma sujeira pra ele não pegar infecção.
E18	Vou comprar álcool gel, para ele não ter nenhum tipo de infecção, vou limpar o narizinho dele do jeito que a fisioterapeuta ensinou[...]
E20	Deixar ela bem cuidadinha, dar a alimentação dela direitinho, os remedinhos, as vitaminazinha, dar tudo direitinho, essas coisas.
33	Cuidado materno como melhor que o preconizado pelo serviço
E3	Do jeito que elas me ensinaram vou cuidar mais direitinho...
E15	Assim em casa eu sei que é melhor pra ele, ele vai ter um cuidado mais especial, só meu[...]
E17	Saber que vai cuidar do jeito da gente [...]
34	Crítica ao cuidado mecanizado
E18	[...] alimentação de hora em hora [...]
35	Cuidado na unidade como algo automático
E1	Só cuidar, eles dormem e quando acordam , comem de novo e assim ficam o dia todo...
36	Cuidado no MR como algo mecânico
E3	No médio risco eu só ia pra dar o leite e voltava
37	Cuidado pós – alta como evitar doenças
E7	[...] evitar tudo pra que ele não pegue doença, bactérias.
E14	É... Não deixar as pessoas gripadas perto dele, tossindo, não é? Pessoas que fumam, perto dele [...]
E20	Assim, cuidar dela, para ela não pegar doença.
38	Cuidado pós – alta como evitar poeira
E11	É como cuidar do meu bebê, evitar poeira,
E14	Com sujeira não é? Poeira
E20	Deixar ela em um local para ela não pegar poeira.
39	Cuidado pós – alta como permanecer sempre casa
E11	É ficar praticamente sempre dentro de casa
40	Cuidado pós – alta como lavagem das mãos
E11	É como cuidar do meu bebê, o cuidado da lavagem das mãos [...]
41	Cuidado pós-alta exige dedicação exclusiva
E5	Tem que estar em observação 24 horas[...]
E12	Aí eu vou ter bastante cuidado, vou ter que me dedicar completamente a ele.
42	Descrição dos cuidados a tomar dentro da unidade
E4	Me ensinaram o jeitinho de pegar, que não podia fazer movimentos muito bruscos, agora me ensinaram como trocar a fralda, dar banho...
E11	Elas me ensinam que quando eu chegar aqui, lavar as mãos, toda hora que eu for pegar nele tenho que lavar as mãos, quando eu for, limpar ele tem que ter cuidado para não levantar muito a perninha, pode dar derrame na cabeça e..
43	Despreparo para a maternidade
E13	[...] pois eu não estou preparada para isso ainda...

44	Dificuldade de banhar o bebê prematuro
E3	Só um pouquinho de dúvida quando eu vou banhar ela, pois ela ainda é muito molinha...
E6	Em casa, eu não vou saber dar banho.
E12	Eu já tenho outros filhos não é, mas nunca foi prematuro e meus filhos a minha mãe foi quem banhou até ficar durinho...
45	Dificuldades maternas com a linguagem do prematuro
E6	Eu vou ficar todo tempo olhando ela, ver se ela tá com fome, porque ela não chora muito, nem quando está com fome, ela não chora.
46	Ensinamentos da equipe de vários aspectos do cuidado
E2	Me ensinaram a dar banho nele...
E4	Me ensinaram o jeitinho de pegar, que não podia fazer movimentos muito bruscos, agora me ensinaram como trocar a fralda, dar banho...
E6	Aprendi a pegar, a dar o leite no copinho se precisar, a gente tem todo um cuidado, que a gente não sabia que precisava ter.
E14	Amamentar, dar a dieta direito, banhar, porque eu não sabia direito.
E15	Porque eu não sabia cuidar de criança, é o meu primeiro filho, aí quando ele foi para o médio risco, as enfermeiras que cuidam dele, me ajudaram a trocar, dar banho, a dar de mamar...
E19	[...] aprendi muita coisa também com eles, ensinam direitinho.
E20	[...] algumas pessoas aqui me ajudaram muito, falaram como é para cuidar do bebê, como é que dá a alimentação, falaram que é muito importante a alimentação[...]
47	Esperança de aprender a cuidar, cuidando.
E20	[...] que eu vou aprender agora quando ela chegar em casa.
48	Evolução favorável do bebê como vitória
E17	Mas graças a Deus, Deus é maravilhoso, todo dia quando eu chegava era uma vitória, todo dia era uma vitória para ele.
49	Experiência de acompanhar o filho prematuro como aprendizagem de vida
E9	Mas foi bom, a experiência foi boa, aprendi muita coisa, que eu nem imaginava um dia... Palavras que eu nunca tinha escutado falar e hoje eu já aprendi muita coisa
50	Expressar tristeza pode secar o leite
E12	Eu chorei uma vez e me disseram que não era para eu chorar porque o leite vai secando com a tristeza da gente [...]
51	Falta de compreensão da prematuridade
E19	[...]pois a gente não sabe por que aconteceu isso, mas é tudo que a gente espera é levar ele para casa
52	Falta de esperança inicial na sobrevivência do bebê
E12	No dia que eu fui ver ele a primeira vez, eu fiquei imaginando que ele não ia sobreviver,
E13	Aí eu fui lá ver ele na incubadora, aí eu fiquei com medo, pensei que ele não ia sobreviver,
E19	No começo a gente nem sabe o que vai acontecer não é? Vê ele tão pequenininho tão indefeso.
53	Falta de preparação da mãe para o cuidado com o prematuro
E1	... A gente sai cheia de dúvidas.
E3	Mandavam eu trocar eu também tinha medo
E6	Não sei nem como é que vou cuidar...
E13	Ainda despreparada para isso.
E20	Assim, tem várias coisas que eu não sei ainda,
54	Fé em Deus e otimismo como recursos para enfrentar a prematuridade
E12	[...] mas tem que ter muita fé em Deus e acreditar o seu filho esta aí e que vai ficar bem.
55	Gravidez inesperada
E13	Assim, eu ainda não tinha planos para ser mãe, aí depois que eu fiquei grávida, foi de uma hora pra outra,
56	Hesitação em descrever as orientações recebidas para o cuidado pós-alta
E2	Deixe-me ver... Como assim esse preparo?
E12	Me ensinaram... Ah! Tanta coisa, que eu aprendi
E15	Assim, principalmente do prematuro assim...
57	Hesitação em descrever como deve ser o cuidado

E1	Ah! Várias... Não estou lembrada agora
E2	Eu vou cuidar... Deixe ver...
E3	Não sei nem como explicar direito... Não sei nem como explicar...
E7	Como eu pretendo?
E9	Não tem mais. Acho que é...
E11	Evitar o máximo... É... Poeira é... Deixe ver...
E14	Eu não sei falar não.
E18	Ah! Não sei o que...
E20	Eu não estou muito lembrada não.
58	Importância do interesse e da presença materna
E4	[...] sempre e toda dúvida que eu tenho eu tiro eu sou super chata desde o começo, eu pergunto o porquê do exame, o porquê do remédio, o que é que estão fazendo, para que é que serve, o aparelho que trocavam nela eu perguntava o porquê, para que servia, se não ia afetar em nada,
59	Insegurança em relação à amamentação
E10	[...] não sei, estou muito preocupada com a amamentação, apesar dela está mamando direitinho, mas tenho medo que o leite acabe,
60	Insuficiência do serviço quanto à preparação da mãe para a alta
E1	Só sei que aqui é muito bom, mas tem muitas coisas que não passam pra gente..
E6	Mas insegura, com um pouco de medo.
E9	Que medicamentos eles podem tomar, porque não são iguais aos nenéns de nove meses, eles nasceram muito antes do tempo e não é qualquer medicamento que eles podem tomar. Como também os cuidados na casa, têm que falar para os pais, não é?
61	Levar o filho prematuro para casa modifica e restringe o cotidiano da vida
E4	Como eu tenho cachorro, ele vai ter que ficar no quintal, porque é um peludo e não vão poder ficar perto dela, não é? Lá em casa não vai poder varrer, vai passar um paninho só com água, não vai poder passar desinfetante por causa do cheiro...
E6	Não sentar nas calçadas com ela, não passear, oh! Meu Deus, bom é passear não é?
E9	Assim... E tem que ser eu, estou até pensando em não mais trabalhar
E12	Vou ter que dispensar um cachorro que tem lá em casa, porque já me disseram que é muito perigoso para ele qualquer tipo de poeira... Pêlo.
E16	Primeiro os bens materiais em casa não é? Os afazeres domésticos, tenho outra filha,
E17	Primeiro eu não pretendo receber visita agora, porque como ele é muito prematuro, só depois que passar um mês mais ou menos [...]
62	Medo de não conseguir cuidar da criança em casa
E12	[...] ter que voltar, aí é uma preocupação grande, muito grande.
63	Medo de que a criança passe mal
E12	Me preocupa assim dele sentir alguma coisa,
64	Medo inicial de cuidar do bebê prematuro
E3	É que antes eu tinha medo sabe? De pegar, de segurar, tinha medo de tudo sabe...
E4	Às vezes eu acho que não, às vezes eu tenho medo... Por ela ser ainda muito pequena,
E5	Às vezes eu fico um pouco nervosa,
E6	Cuidar é uma fase mais difícil, porque ela é um bebezinho muito pequeno.
E20	Estou com um pouquinho de medo,
65	Necessidade de aprender a ser mãe
E19	Sou mãe de primeira viagem, vou aprender junto com ele [...]
66	Necessidade de estar em casa, junto com o pai do bebê
E19	Também o pai dele, Ave Maria! Não vê a hora de ele chegar em casa, estar com ele juntinho, a gente está com ele aqui, mas seria melhor que estivesse em casa
67	Necessidade de preparação para a mãe ser capaz de cuidar do bebê prematuro
E5	Depois de passar dois meses nesse hospital, agora eu estou. Mas antes, mesmo que ele tivesse de alta, eu não estava preparada.
E6	Só com o que aprendi aqui mesmo.
68	Necessidade de reafirmar segurança
E10	Mas fora isso, estou muito confiante

69	Necessidade de saber os sentimentos dos profissionais pelo prematuro
E5	Como você se sente perto dos bebês prematuros?
70	Necessidade materna de esperança no futuro
E9	A gente conhece outras histórias de outros bebês e isso vai dando mais esperança pra gente e quando vem outros visitar, não é? Que já está com oito meses, mas que também nasceu prematuro, aí você fica com mais ânimo, aumenta a sua fé também[...]
71	Orientação positiva de funcionários
E2	Eu tenho um berço não é... Aí a coordenadora dali do acolhimento materno ensinou...
E9	Um apoio das meninas... Do pessoal do banco de leite
72	Orientações da equipe para o período pós-alta inclui evitar passeios e visitas, amamentar e dar vitaminas.
E6	A orientação que eu recebi foi da enfermeira... Ela disse que o bebê não pode ficar sentado na calçada, foi ontem e hoje que eu recebi orientação... Não pode ficar passeando, pegando mormaço quente e sair só quando for para o médico, quando for necessário e não deixar ninguém pegar nela, nem chegar perto dela gripado e o leite só o materno do peito, só isso que eu estou me lembrando agora e dar a vitaminazinha dela, tem os horários direitinho, só isso mesmo.
73	Percalços do acompanhamento da trajetória do filho prematuro na unidade neonatal
E4	Olha é difícil... É muito difícil... Tem três meses que eu estou aqui, no sábado eu estava no auge do meu estresse, eu chorei, eu pensei que a minha filha não ia sair tão cedo, é cansativo... Vir todo dia, você acompanhar o desenvolvimento da sua filha, ela tem que passar por tubo, por CPAP, tomar sangue, perde peso, ganha peso... É uma caminhada bem longa, mas com fé em Deus e acreditar nos profissionais, você chega até o fim, você consegue com certeza.
E8	No começo passei muitas dificuldades, ele perdeu bastante peso, foi para 830g, aí cheguei a ir até o canguru, mas deu apneia nele e voltou para a UTI e depois da UTI, ele ficou bem e foi para o Médio Risco.
E9	Ah, eu me sinto, já três meses no hospital... Eu pedi muita paciência a Deus, não é... Que só... Deus mesmo... Três meses...
E11	Ah! O que eu senti foi ruim. Quase todo dia eu chorava, porque pensei que meu filho ia morrer por causa dos problemas que ele tinha, não é? Todo dia eu chorava, porque tinha medo de ele morrer.
E16	Foi um pouco... Não sei nem o que dizer, pois eu moro muito longe, aí foi muito estressante, mas quando eu chego aqui eu me alivio, quando eu vejo a carinha dela esqueço tudo, não é? Pois eu moro muito longe, são duas horas de viagem, não venho todo dia, não tenho condições é o carro da prefeitura. Venho toda segunda e quarta. Segunda eu não vim, pois o carro quebrou. Muitas saudades
E17	Ele saiu logo dos aparelhos. Primeiro ele ficou no cpap, aí foi pro capacete, aí passou 2 dias no capacete, aí quando eu cheguei, ele estava só com o oxímetro aí pra mim foi uma felicidade enorme. Ave Maria, nenhuma mãe quer ver o seu bebê passar por isso,
E19	Todo dia a gente chega aqui e não sabe o que nos espera. Tem dia que a gente está triste, tem dias que está feliz pela evolução dele.
74	Prematuridade como algo inesperado
E17	[...] a gente pensa que vai ter um bebê de nove meses, vai ter e levar para casa,
75	Prematuridade traz desesperança na sobrevivência do bebê
E13	Por mais que elas pensem que o bebê não vai sobreviver,
76	Prematuridade traz tristeza para a mãe
E12	Chorei muito, a gente fica triste não é,
E17	Todo dia era uma preocupação, todo dia, todo dia eu chorava, pensando que poderia acontecer alguma coisa com o meu bebê.
77	Preocupação com a parte afetiva do cuidado
E2	[...] dando carinho, dando atenção, muita atenção, pois ele é um bebê prematuro.
E5	É um filho, é um ouro que a gente ganha. A gente tem que cuidar de carinho, dar amor, que ele necessita muito disso.
E7	Bastante cuidado e paciência, quero dizer que tenha muito amor pelos seus filhos, não é?
E8	É dar amor, dar carinho, educação,

E15	[...] ter mais carinho, uma atenção, aquela paciência, porque todo prematuro precisa especialmente da paciência não é?
E18	[...] dar muito amor e carinho para ele ser uma criança alegre.
E19	Tem o carinho também não é?
78	Preocupação com o cuidar integral de modo a favorecer o bebê
E3	Cuidar direito, o importante é isso.
E4	[...] seguir direitinho as orientações do médico, dando as vitaminas, os remédios que ela precisa tomar nos horários corretos e levar também para as revisões sempre
E5	[...] porque o bebê prematuro precisa muito de nossa atenção e dormir no bercinho eu vou aumentar a cabeceira, porque ele tem que dormir com a cabecinha alta, em casa também, ter todo o cuidado,
E8	[...] vou dar o máximo de mim para ele, que ele cresça com saúde, uma criança perfeita
79	Preocupação com possíveis necessidades de cirurgias
E11	E infelizmente eu estou triste também porque ele vai fazer a cirurgia do olho, mas em nome do Senhor vai dar certo.
80	Preocupação em preparar o filho prematuro para a vida
E8	[...] tudo dentro dos limites, eu não pretendo mimar M. só porque nasceu prematuro, pretendo dar carinho e educação dentro dos limites.
81	Preparação para o cuidado é saber cuidar
E13	Estar preparada é saber cuidar da criança
82	Presença materna continua como cuidado materno verdadeiro
E19	É estar presente em todos os momentos da vida dele, eu acho que cuidar é isso, estar presente.
E20	[...] é sempre bom à gente estar presente, até porque quando eu estou aqui, não podia ficar muito tempo com ela, porque lá onde eu estou é longe, mas o tempo que eu ficava aqui, eu estava sempre com ela.
83	Pulmão do prematuro como ponto frágil
E2	Por causa dos pulmõezinhos dele.
E12	a respiração dele era muito fraquinha.
84	Recebimento de orientação e apoio para a amamentação
E12	Elas foram me ensinando até que aprendi o jeito até que ele pegou o peito com jeito, tá mamando a dieta todinha.
85	Recém-nascido prematuro como um ser frágil
E5	[...]pois o bebê prematuro já nasce com muita coisa, pois então todo cuidado é pouco.
E6	[...] porque ela é muito pequenininha... Muito molezinha...
86	Reconhecimento do trabalho da equipe
E12	[...] a enfermeira...Ela foi maravilhosa, foi muito paciente. Teve outras, mas eu não lembro o nome. As enfermeiras também foram muito dedicadas.
87	Referência de lacunas na orientação recebida
E14	É como cuidar mais dele não é? Porque o básico eu já sei... Só isso, assim... Quando ele for tomar alguma coisa, como é que eu vou dar direito. Só isso.
E15	Me ensinaram, mas isso, eu sei, que eles deviam ter ensinado mais...
E17	Assim, os remédios como se dá os remédios, e se ele se engasgar como é que a gente faz? São pequenas coisas, mas que toda mãe precisa saber, quando leva o seu bebê para casa.
88	Segurança adquirida através do método Canguru
E3	As meninas lá do Canguru me ensinaram tudo...
89	Sentimento de capacidade de cuidar do bebê
E2	Sei exatamente o que eu vou fazer.
E3	[...] mas eu peguei mais habilidade de pegar ela, mas eu vou cuidar dela direito.
E4	Eu pretendo dar de mamar, eu mesma dar banho, trocar fralda, dar muito carinho a minha filha, atenção,
E7	Com certeza.
E8	Me sinto preparada, aprendi muito aqui,
E9	Assim, aqui nesses três meses já... Eu aprendi muita coisa...
E11	Eu me acho que estou preparada, porque eu estou aprendendo aqui, assim, porque as meninas me ensinam como cuidar

E15	e eu sei que estou preparada pra cuidar dele quando chegar em casa
90	Sentimento de culpa por deixar o bebê sem mãe no hospital
E17	Eu venho todos os dias, eu chego cedo e saio às oito da noite, mas é como eu não fosse uma boa mãe por deixar ele aqui sabe! Eu teria que estar dormindo aqui para ficar com ele. Ave Maria! Não vejo a hora de levar ele para casa e saber a noite como e que ele fica. Ave Maria! Estou contando as horas!
91	Sentimento de estar preparada para o cuidado pós-alta
E12	Me sinto bem preparada, aprendi muita coisa aqui.
E15	Eu estou preparada.
E16	Sim... Estou preparada.
E18	Fui bem orientada, não tenho nenhuma duvida.
92	Sentimento de insegurança de levar o bebê prematuro para casa
E3	Gente! É muito duro! Eu chegava em casa e pensava... Meu Deus! Como é que eu vou cuidar dela se eu não sei de nada?
E6	[...] pois ela é muito pequenininha, e estou com muito medo de ir pra casa...
93	Sentimento de separação e perda após o parto
E13	Aí quando eu cheguei aqui tiraram logo ele e eu não sabia nem pra onde tinham levado ele.
94	Sentimento de ser bem atendida
E8	O hospital é ótimo, não tenho nada que reclamar, foi tudo de bom aqui.
E9	Ah, eu estou muito feliz, eu gostei muito desse hospital,
E14	Foi maravilhoso, gostei muito daqui,
E16	É um ótimo hospital, eu não tenho o que dizer nada não. A gente pergunta eles respondem
E19	Eu achei muito bom, a minha estada aqui,
95	Silêncio diante da proposta de avaliação das orientações recebidas
E13	Silêncio
96	Silêncio quanto às orientações para o cuidado em casa
E13	Silêncio.
97	Sofrimento com a possibilidade de sequelas neurológicas
E11	A minha tristeza é quando o médico disse que ele tá com probleminha na cabeça e tem que fazer cirurgia, que tem que botar uma válvula.
98	Solidão e depressão na vivência materna da unidade neonatal
E15	Eu passei muito sofrimento aqui dentro, quase eu caio em depressão. Eu não tinha uma pessoa pra dividir, porque eu nunca fiquei tanto tempo afastada da minha mãe, das minhas irmãs
99	Tentativa de apropriação da função materna
E13	[...] aí depois que eu fiquei grávida eu fui ver que tinha que tentar ser uma mãe.
100	Ajuda da funcionária para decidir amamentar
E15	Aí a psicopedagoga conversando comigo, aí eu disse, o meu filho precisa do leite materno, ele precisa do meu leite e não de leite de fórmula.
101	Tristeza da mãe pode passar para o bebê
E12	A mensagem é que elas continuem tendo força sem está chorando demais, pois passa para o bebê

APÊNDICE F

UNIDADES DE SIGNIFICADO ORDENADAS PELA FREQUÊNCIA NAS ENTREVISTAS

UNIDADE DE SIGNIFICADO	FREQUÊNCIA
20. Cuidado como amamentação	12
16. Crianças prematuras exigem cuidado especial	11
19. Cuidado com o prematuro em casa deve ser igual ao do hospital	09
57. Hesitação em descrever como deve ser o cuidado	09
89. Sentimento de capacidade de cuidar do bebê	08
04. Alta do bebê como felicidade	07
25. Cuidado como higiene, limpeza.	07
46. Ensinaamentos da equipe de vários aspectos do cuidado	07
73. Percalços do acompanhamento da trajetória do filho prematuro na unidade neonatal	07
77. Preocupação com a parte afetiva do cuidado	07
61. Levar o filho prematuro para casa modifica e restringe o cotidiano da vida	06
02. Alta como meta	05
12. Confiança materna na ajuda da família	05
53. Falta de preparação da mãe para o cuidado com o prematuro	05
64. Medo inicial de cuidar do bebê prematuro	05
94. Sentimento de ser bem atendida	05
07. Aprendizagem através da atenção aos cuidados prestados na Unidade	04
11. Aprendizagem do cuidado pós-alta	04
78. Preocupação com o cuidar integral de modo a favorecer o bebê	04
91. Sentimento de estar preparada para o cuidado pós-alta	04
06. Apoio dado pela equipe às dificuldades emocionais enfrentadas pela mãe	03
23. Cuidado como carinho e amor	03
33. Cuidado imitativo do cuidado prestado pela equipe	03
34. Cuidado materno como melhor que o preconizado pelo serviço	03
37. Cuidado pós – alta como evitar doenças	03
38. Cuidado pós – alta como evitar poeira	03
44. Dificuldade de banhar o bebê prematuro	03
52. Falta de esperança inicial na sobrevivência do bebê	03
56. Hesitação em descrever as orientações recebidas para o cuidado pós-alta	03
60. Insuficiência do serviço quanto à preparação da mãe para a alta	03
87. Referência de lacunas na orientação recebida	03
03. Alta como vitória	02
05. Ambivalência em relação à amamentação	02
13. Confiança na equipe multiprofissional	02
15. Convivência com a equipe possibilitou confiança em cuidar do bebê	02
17. Crianças prematuras podem apresentar problemas súbitos após a alta	02
22. Cuidado materno como responsabilidade	02
24. Cuidado como consolo	02
26. Cuidado como individualização	02
28. Cuidado como promoção de saúde	02

31. Cuidado como tensão em evitar dificuldades súbitas do bebê	02
41. Cuidado pós-alta exige dedicação exclusiva	02
42. Descrição dos cuidados a tomar dentro da unidade	02
67. Necessidade de preparação para a mãe ser capaz de cuidar do bebê prematuro	02
71. Orientação positiva de funcionários	02
76. Prematuridade traz tristeza para a mãe	02
82. Presença materna contínua como cuidado materno verdadeiro	02
83. Pulmão do prematuro como ponto frágil	02
85. Recém-nascido prematuro como um ser frágil	02
92. Sentimento de insegurança de levar o bebê prematuro para casa	02
01. Alta como início do verdadeiro cuidado materno	01
08. Aprendizagem atribuída ao método Canguru	01
09. Aprendizagem de troca de fraldas	01
10. Aprendizagem de um cuidado mecanizado	01
14. Confiança na sobrevivência vem com a boa evolução do bebê	01
18. Crítica ao cuidado mecanizado	01
21. Cuidado como amamentação, saber dar a dieta e banhar	01
27. Cuidado como prevenção de sufocamento	01
29. Cuidado como sabedoria a ser dada por Deus	01
30. Cuidado como silêncio	01
32. Cuidado como tentativa de proteger o bebê ainda no útero	01
35. Cuidado na unidade como algo automático	01
36. Cuidado no MR como algo mecânico	01
39. Cuidado pós – alta como permanecer sempre casa	01
40. Cuidado pós- alta como lavagem das mãos	01
43. Despreparo para a maternidade	01
45. Dificuldades maternas com a linguagem do bebê prematuro	01
47. Esperança de aprender a cuidar, cuidando	01
48. Evolução favorável do bebê como vitória	01
49. Experiência de acompanhar o filho prematuro como aprendizagem de vida	01
50. Expressar tristeza pode secar o leite	01
51. Falta de compreensão da prematuridade	01
54. Fé em Deus e otimismo como recursos para enfrentar a prematuridade	01
55. Gravidez inesperada	01
58. Importância do interesse e da presença materna	01
59. Insegurança em relação à amamentação	01
62. Medo de não conseguir cuidar da criança em casa	01
63. Medo de que a criança passe mal	01
65. Necessidade de aprender a ser mãe	01
66. Necessidade de estar em casa, junto com o pai do bebê	01
68. Necessidade de reafirmar segurança	01
69. Necessidade de saber os sentimentos dos profissionais pelo prematuro	01
70. Necessidade materna de esperança no futuro	01
72. Orientações da equipe para o período pós-alta inclui evitar passeios e visitas, amamentar e dar vitaminas	01
74. Prematuridade como algo inesperado	01
75. Prematuridade traz desesperança na sobrevivência do bebê	01
79. Preocupação com possíveis necessidades de cirurgias	01
80. Preocupação em preparar o filho prematuro para a vida	01

81. Preparação para o cuidado é saber cuidar	01
84. Recebimento de orientação e apoio para a amamentação	01
86. Reconhecimento do trabalho da equipe	01
88. Segurança adquirida através do método canguru	01
90. Sentimento de culpa por deixar o bebê sem mãe no hospital	01
93. Sentimento de separação e perda após o parto	01
95. Silêncio diante da proposta de avaliação das orientações recebidas	01
96. Silêncio quanto às orientações para o cuidado em casa	01
97. Sofrimento com a possibilidade de sequelas neurológicas	01
98. Solidão e depressão na vivência materna da unidade neonatal	01
99. Tentativa de apropriação da função materna	01
100. Ajuda para decidir amamentar	01
101. Tristeza da mãe pode passar para o bebê	01

APÊNDICE G

REDUÇÕES FENOMENOLÓGICAS

Unidades de significado	Redução 1	Redução 2	Redução 3	Redução 4	Redução 5
Alta como meta	Alta como felicidade	Alta como felicidade	Confiança no futuro do bebê		
Alta como vitória					
Alta do bebê como felicidade					
Confiança na sobrevivência vem com a boa evolução do bebê	Confiança na evolução favorável do bebê	Confiança no futuro do bebê			
Evolução favorável do bebê como vitória					
Necessidade de reafirmar segurança					
Necessidade materna de esperança no futuro	Necessidade de confiar no futuro do bebê				
Alta como início do verdadeiro cuidado materno	Cuidado verdadeiro somente após a alta	Vivência como aprendizagem	Capacidade de cuidar do bebê		
Cuidado materno como responsabilidade					
Esperança de aprender a cuidar, cuidando.	Vivência como aprendizagem do cuidado				
Experiência de acompanhar o filho prematuro como aprendizagem de vida					
Sentimento de capacidade de cuidar do bebê	Capacidade de cuidar do bebê	Capacidade de cuidar do bebê			
Sentimento de estar preparada para o cuidado pós-alta					
Descrição dos cuidados a tomar dentro da unidade	Capacidade de descrever os cuidados dentro da unidade			Dedicação total da mãe	Cuidar do bebê com apoio da equipe
Preocupação com a parte afetiva do cuidado	Preocupação com o desenvolvimento integral	Cuidado com o desenvolvimento integral			
Preocupação com o cuidar integral de modo a favorecer o bebê					
Preocupação com possíveis necessidades de cirurgias	Preocupação com sequelas				
Sofrimento com a possibilidade de sequelas neurológicas					
Preocupação em preparar o filho prematuro para a vida	Preocupação com a preparação para a vida			Dedicação total da mãe	
Cuidado como consolo	Cuidado como amor				
Cuidado como carinho e amor					
Cuidado pós – alta como permanecer sempre casa	Exigência de dedicação total da mãe	Dedicação total da mãe			
Cuidado pós-alta exige dedicação exclusiva					
Levar o filho prematuro para casa modifica e restringe o cotidiano da vida					
Importância do interesse e da presença materna	Importância da presença materna				
Presença materna contínua como cuidado					

materno verdadeiro					
Cuidado como amamentação	Cuidado como amamentação				
Cuidado como amamentação, saber dar a dieta e banhar					
Cuidado pós – alta como evitar doenças	Cuidado como prevenção de doenças	Cuidado como promoção de saúde			
Cuidado pós – alta como evitar poeira					
Cuidado pós- alta como lavagem das mãos					
Cuidado como higiene, limpeza	Cuidado como promoção de saúde				
Cuidado como promoção de saúde					
Cuidado como individualização					
Cuidado como tentativa de proteger o bebê ainda no útero	Cuidado como proteção do bebê	Cuidado como proteção			
Cuidado materno como melhor que o preconizado pelo serviço					
Cuidado como sabedoria a ser dada por Deus					
Fé em Deus e otimismo como recursos para enfrentar a prematuridade	Cuidado como sabedoria	Cuidado como sabedoria			
Aprendizagem atribuída ao método Canguru	Aprendizagem do cuidado com a equipe				
Aprendizagem do cuidado pós-alta					
Segurança adquirida através do método canguru		Aprendizagem com a equipe			
Aprendizagem através da atenção aos cuidados prestados na Unidade	Aprendizagem do cuidado possibilitada pela simples observação		Aprendizagem com a equipe		
Ensinaamentos da equipe de vários aspectos do cuidado	Necessidade de aprendizagem com a equipe				
Cuidado com o prematuro em casa deve ser igual ao do hospital	Cuidado hospitalar como modelo para o cuidado após a alta	Cuidado hospitalar como modelo			
Cuidado imitativo do cuidado prestado pela equipe					
Apoio dado pela equipe às dificuldades emocionais enfrentadas pela mãe	Apoio da equipe na superação das dificuldades maternas				
Ajuda da funcionária para decidir amamentar					
Confiança materna na ajuda da família	Confiança no apoio da família	Confiança no apoio da equipe			
Necessidade de estar em casa, junto com o pai do bebê					
Confiança na equipe multiprofissional					
Convivência com a equipe possibilitou confiança em cuidar o bebê	Confiança no apoio da equipe				
Orientação positiva de funcionários	Orientações positivas recebidas	Reconhecimento da assistência recebida			
Orientações da equipe para o período pós-alta					

incluem evitar passeios e visitas, amamentar e dar vitaminas					
Recebimento de orientação e apoio para a amamentação					
Reconhecimento do trabalho da equipe	Reconhecimento da assistência recebida				
Sentimento de ser bem atendida					
Aprendizagem de troca de fraldas	Aprendizagem materna na unidade neonatal de um cuidado mecanizado com o bebê	Crítica ao cuidado mecanizado	Crítica ao Desempenho da equipe	Crítica ao desempenho da equipe	Crítica ao desempenho da equipe
Aprendizagem de um cuidado mecanizado					
Crítica ao cuidado mecanizado	Crítica ao cuidado mecanizado				
Cuidado na unidade como algo automático					
Cuidado no MR como algo mecânico					
Silêncio diante da proposta de avaliação das orientações recebidas	Silêncio sobre o desempenho da equipe	Silêncio sobre o desempenho da equipe	Necessidade de saber os sentimentos da equipe	Necessidade de saber os sentimentos da equipe	
Silêncio quanto às orientações para o cuidado em casa					
Necessidade de saber os sentimentos dos profissionais pelo prematuro	Necessidade de saber os sentimentos da equipe	Necessidade de saber os sentimentos da equipe	Necessidade de saber os sentimentos da equipe		
Despreparo para a maternidade	Despreparo para a maternidade	Despreparo para a maternidade	Despreparo da mãe	Insegurança em cuidar do prematuro	Insegurança em cuidar do bebê prematuro
Gravidez inesperada					
Tentativa de apropriação da função materna					
Percalços do acompanhamento da trajetória do filho prematuro na unidade neonatal	Obstáculos ao exercício do papel materno				
Prematuridade como algo inesperado					
Hesitação em descrever as orientações recebidas para o cuidado pós-alta	Dificuldade com as orientações	Lacunas nas orientações			
Hesitação em descrever como deve ser o cuidado					
Referência de lacunas na orientação recebida	Lacunas na orientação recebida				
Falta de preparação da mãe para o cuidado com o prematuro	Despreparo para o cuidado com o prematuro	Despreparo para o cuidado com o prematuro	Insegurança em cuidar do prematuro		
Insuficiência do serviço quanto à preparação da mãe para a alta					
Necessidade de aprender a ser mãe	Necessidade de preparação para o cuidado com o prematuro				
Necessidade de preparação para a mãe ser capaz de cuidar do bebê prematuro					
Preparação para o cuidado é saber cuidar					
Dificuldade de banhar o bebê prematuro	Dificuldade no cuidado com o prematuro	Insegurança em cuidar do prematuro			
Dificuldades maternas com a linguagem do					

bebê prematuro				
Sentimento de insegurança de levar o bebê prematuro para casa	Insegurança em cuidar do prematuro			
Ambivalência em relação à amamentação	Insegurança em relação à amamentação			
Insegurança em relação à amamentação				
Medo de não conseguir cuidar da criança em casa	Medo de cuidar do prematuro			
Medo inicial de cuidar do filho prematuro				
Crianças prematuras podem apresentar problemas súbitos após a alta				
Cuidado como prevenção de sufocamento	Cuidado em evitar dificuldades súbitas do bebê			
Cuidado como tensão em evitar dificuldades súbitas do bebê				
Medo de que a criança passe mal				
Recém-nascido prematuro como um ser frágil	Fragilidade do prematuro			
Pulmão do prematuro como ponto frágil				
Falta de compreensão da prematuridade	Insegurança na sobrevivência do bebê			
Falta de esperança inicial na sobrevivência do bebê				
Cuidado como silêncio	Necessidade de cuidado especial com o prematuro	Necessidade de cuidado especial com o prematuro		
Crianças prematuras exigem cuidado especial				
Prematuridade traz desesperança na sobrevivência do bebê				
Prematuridade traz tristeza para a mãe				
Sentimento de culpa por deixar o bebê sem mãe no hospital	Sentimentos negativos da mãe			
Sentimento de separação e perda após o parto				
Solidão e depressão na vivência materna da unidade neonatal		Sentimentos negativos da mãe	Sentimentos negativos da mãe	
Expressar tristeza pode secar o leite	Tristeza materna prejudica o bebê			
Tristeza da mãe pode passar para o bebê				
			Insegurança na sobrevivência do prematuro	
				Insegurança na sobrevivência do prematuro

APÊNDICE H

Redução 01

REDUÇÃO 01	
Alta como início do verdadeiro cuidado materno	Cuidado verdadeiro somente após a alta
Cuidado materno como responsabilidade	
Alta como meta	Alta como felicidade
Alta como vitória	
Alta do bebê como felicidade	
Ambivalência em relação à amamentação	Insegurança em relação à amamentação
Insegurança em relação à amamentação	
Apoio dado pela equipe às dificuldades emocionais enfrentadas pela mãe	Apoio da equipe na superação das dificuldades maternas
Ajuda da funcionária para decidir amamentar	
Aprendizagem através da atenção aos cuidados prestados na Unidade	Aprendizagem do cuidado possibilitada pela simples observação
Aprendizagem atribuída ao método Canguru	Aprendizagem do cuidado com a equipe
Aprendizagem do cuidado pós-alta	
Segurança adquirida através do método canguru	
Aprendizagem de troca de fraldas	Aprendizagem na unidade neonatal de um cuidado mecanizado
Aprendizagem de um cuidado mecanizado	
Confiança materna na ajuda da família	Confiança no apoio da família
Necessidade de estar em casa, junto com o pai do bebê	
Confiança na equipe multiprofissional	Confiança no apoio da equipe
Convivência com a equipe possibilitou confiança em cuidar do bebê	
Confiança na sobrevivência vem com a boa evolução do bebê	Confiança na evolução favorável do bebê
Evolução favorável do bebê como vitória	
Crianças prematuras podem apresentar problemas súbitos após a alta	Cuidado em evitar dificuldades súbitas do bebê
Cuidado como prevenção de sufocamento	
Cuidado como tensão em evitar dificuldades súbitas do bebê	
Medo de que a criança passe mal	
Cuidado como silêncio	Necessidade de cuidado especial com o prematuro
Crianças prematuras exigem cuidado especial	
Cuidado com o prematuro em casa deve ser igual ao do hospital	Cuidado hospitalar como modelo para o cuidado após a alta
Cuidado imitativo do cuidado prestado pela equipe	
Cuidado como amamentação	Cuidado como amamentação
Cuidado como amamentação, saber dar a dieta e banhar	
Cuidado como consolo	Cuidado como amor
Cuidado como carinho e amor	
Cuidado como higiene, limpeza	Cuidado como promoção de saúde
Cuidado como promoção de saúde	
Cuidado como individualização	Cuidado como proteção do bebê
Cuidado como tentativa de proteger o bebê	

ainda no útero	
Cuidado materno como melhor que o preconizado pelo serviço	
Cuidado como sabedoria a ser dada por Deus	Cuidado como sabedoria
Fé em Deus e otimismo como recursos para enfrentar a prematuridade	
Crítica ao cuidado mecanizado	Crítica ao cuidado mecanizado
Cuidado na unidade como algo automático	
Cuidado no MR como algo mecânico	
Cuidado pós – alta como evitar doenças	Cuidado como prevenção de doenças
Cuidado pós – alta como evitar poeira	
Cuidado pós- alta como lavagem das mãos	
Cuidado pós – alta como permanecer sempre casa	Exigência de dedicação total da mãe
Cuidado pós-alta exige dedicação exclusiva	
Levar o filho prematuro para casa modifica e restringe o cotidiano da vida	
Descrição dos cuidados a tomar dentro da unidade	Capacidade de descrever os cuidados dentro da unidade
Despreparo para a maternidade	Despreparo para a maternidade
Gravidez inesperada	
Tentativa de apropriação da função materna	
Dificuldade de banhar o bebê prematuro	Dificuldade no cuidado com o prematuro
Dificuldades maternas com a linguagem do bebê prematuro	
Ensinamentos da equipe de vários aspectos do cuidado	Necessidade de aprendizagem com a equipe
Esperança de aprender a cuidar, cuidando.	Vivência como aprendizagem do cuidado
Experiência de acompanhar o filho prematuro como aprendizagem de vida	
Expressar tristeza pode secar o leite	Tristeza materna prejudica o bebê
Tristeza da mãe pode passar para o bebê	
Falta de compreensão da prematuridade	Insegurança na sobrevivência do bebê
Falta de esperança inicial na sobrevivência do bebê	
Falta de preparação da mãe para o cuidado com o prematuro	Despreparo para o cuidado com o prematuro
Insuficiência do serviço quanto à preparação da mãe para a alta	
Hesitação em descrever as orientações recebidas para o cuidado pós-alta	Dificuldade com as orientações
Hesitação em descrever como deve ser o cuidado	
Importância do interesse e da presença materna	Importância da presença materna
Presença materna contínua como cuidado materno verdadeiro	
Medo de não conseguir cuidar da criança em casa	Medo de cuidar do prematuro
Medo inicial de cuidar do filho prematuro	
Necessidade de aprender a ser mãe	Necessidade de preparação para o cuidado com o prematuro
Necessidade de preparação para a mãe ser capaz de cuidar do bebê prematuro	
Preparação para o cuidado é saber cuidar	
Necessidade de reafirmar segurança	Necessidade de confiar no futuro do bebê
Necessidade materna de esperança no futuro	
Necessidade de saber os sentimentos dos profissionais pelo prematuro	Necessidade de saber os sentimentos da equipe

Orientação positiva de funcionários	Orientações positivas recebidas
Orientações da equipe para o período pós-alta inclui evitar passeios e visitas, amamentar e dar vitaminas	
Recebimento de orientação e apoio para a amamentação	
Percalços do acompanhamento da trajetória do filho prematuro na unidade neonatal	Obstáculos ao exercício do papel materno
Prematuridade como algo inesperado	
Prematuridade traz desesperança na sobrevivência do bebê	Sentimentos negativos da mãe
Prematuridade traz tristeza para a mãe	
Sentimento de culpa por deixar o bebê sem mãe no hospital	
Sentimento de separação e perda após o parto	
Solidão e depressão na vivência materna da unidade neonatal	
Preocupação com a parte afetiva do cuidado	Preocupação com o desenvolvimento integral
Preocupação com o cuidar integral de modo a favorecer o bebê	
Preocupação com possíveis necessidades de cirurgias	Preocupação com sequelas
Sofrimento com a possibilidade de sequelas neurológicas	
Preocupação em preparar o filho prematuro para a vida	Preocupação com a preparação para a vida
Recém-nascido prematuro como um ser frágil	Fragilidade do prematuro
Pulmão do prematuro como ponto frágil	
Reconhecimento do trabalho da equipe	Reconhecimento da assistência recebida
Sentimento de ser bem atendida	
Referência de lacunas na orientação recebida	Lacunas na orientação recebida
Sentimento de capacidade de cuidar do bebê	Capacidade de cuidar do bebê
Sentimento de estar preparada para o cuidado pós-alta	
Sentimento de insegurança de levar o beb	Insegurança em cuidar do prematuro
Silêncio diante da proposta de avaliação das orientações recebidas	Silencio sobre o desempenho da equipe
Silêncio quanto às orientações para o cuidado em casa	

APÊNDICE I

Redução 02

Alta como felicidade	Alta como felicidade
Apoio da equipe na superação das dificuldades maternas	Confiança em apoio
Confiança no apoio da equipe	
Confiança no apoio da família	
Aprendizagem do cuidado com a equipe	Aprendizagem com a equipe
Aprendizagem do cuidado possibilitada pela simples observação	Crítica ao cuidado mecanizado
Necessidade de aprendizagem com a equipe	
Aprendizagem na unidade neonatal de um cuidado mecanizado	
Crítica ao cuidado mecanizado	Capacidade de cuidar do bebê
Capacidade de cuidar do bebê	
Capacidade de descrever os cuidados dentro da unidade	
Confiança na evolução favorável do bebê	Confiança no futuro do bebê
Necessidade de confiar no futuro do bebê	Cuidado como promoção de saúde
Cuidado como amamentação	
Cuidado como prevenção de doenças	
Cuidado como promoção de saúde	Dedicação total da mãe
Cuidado como amor	
Exigência de dedicação total da mãe	
Importância da presença materna	Cuidado como proteção
Cuidado como proteção do bebê	Cuidado como sabedoria
Cuidado como sabedoria	Insegurança na sobrevivência do bebê
Cuidado em evitar dificuldades súbitas do bebê	
Fragilidade do prematuro	
Insegurança na sobrevivência do bebê	Cuidado hospitalar como modelo
Cuidado hospitalar como modelo para o cuidado após a alta	Vivência como aprendizagem
Cuidado verdadeiro somente após a alta	
Vivência como aprendizagem do cuidado	
Despreparo para a maternidade	Despreparo para a maternidade
Obstáculos ao exercício do papel materno	Despreparo para o cuidado com o prematuro
Despreparo para o cuidado com o prematuro	
Necessidade de preparação para o cuidado com o prematuro	
Dificuldade com as orientações	Lacunas nas orientações
Lacunas na orientação recebida	Insegurança em cuidar do prematuro
Dificuldade no cuidado com o prematuro	
Insegurança em cuidar do prematuro	
Insegurança em relação à amamentação	
Medo de cuidar do prematuro	
Necessidade de cuidado especial com o prematuro	Necessidade de cuidado especial com o prematuro
Necessidade de saber os sentimentos da equipe	Necessidade de saber os sentimentos da equipe
Orientações positivas recebidas	Reconhecimento da assistência recebida
Reconhecimento da assistência recebida	Cuidado com o desenvolvimento integral
Preocupação com a preparação para a vida	
Preocupação com o desenvolvimento integral	
Preocupação com sequelas	Sentimentos negativos da mãe
Sentimentos negativos da mãe	
Tristeza materna prejudica o bebê	
Silêncio sobre o desempenho da equipe	Silêncio sobre o desempenho da equipe

APÊNDICE J

REDUÇÃO 03

REDUÇÃO 03	
Alta como felicidade	Confiança no futuro do bebê
Confiança no futuro do bebê	
Vivência como aprendizagem	Capacidade de cuidar do bebê
Capacidade de cuidar do bebê	
Aprendizagem com a equipe	Aprendizagem com a equipe
Cuidado hospitalar como modelo	
Confiança no apoio da equipe	Confiança no apoio da equipe
Reconhecimento da assistência recebida	
Crítica ao cuidado mecanizado	Crítica ao desempenho da equipe
Silêncio sobre o desempenho da equipe	
Cuidado com o desenvolvimento integral	Dedicação total da mãe
Dedicação total da mãe	
Cuidado como promoção de saúde	
Cuidado como proteção	
Cuidado como sabedoria	Despreparo da mãe
Despreparo para a maternidade	
Lacunias com as orientações	Insegurança em cuidar do prematuro
Despreparo para o cuidado com o prematuro	
Insegurança em cuidar do prematuro	Insegurança na sobrevivência do prematuro
Insegurança na sobrevivência do bebê	
Necessidade de cuidado especial com o prematuro	Necessidade de saber os sentimentos da equipe
Necessidade de saber os sentimentos da equipe	
Sentimentos negativos da mãe	Sentimentos negativos da mãe

APÊNDICE K

REDUÇÃO 04

REDUÇÃO 4	
Confiança no futuro do bebê	Dedicação total da mãe
Capacidade de cuidar do bebê	
Dedicação total da mãe	
Aprendizagem com a equipe	Confiança no apoio da equipe
Confiança no apoio da equipe	
Crítica ao desempenho da equipe	Crítica ao desempenho da equipe
Necessidade de saber os sentimentos da equipe	
Despreparo da mãe	Insegurança em cuidar do prematuro
Insegurança em cuidar do prematuro	
Insegurança na sobrevivência do prematuro	Insegurança na sobrevivência do prematuro
Sentimentos negativos da mãe	

APÊNDICE L

REDUÇÃO 05

REDUÇÃO 05	
Dedicação total da mãe	Cuidar do bebê prematuro com apoio da equipe
Confiança no apoio da equipe	
Crítica ao desempenho da equipe	Crítica ao desempenho da equipe
Insegurança em cuidar do prematuro	Insegurança em cuidar do bebê prematuro
Insegurança na sobrevivência do Prematuro	

APÊNDICE M

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

CUIDADO DO RECEM NASCIDO NO DOMICILIO

RN de _____

Visita materna diária [] sim [] não

Paterna diária [] sim [] não

Idade da mãe _____

Procedência _____

UTI Entrada _____

Saída _____

UMR Entrada _____

Saída _____

Total de dias hospitalizado _____

ORIENTAÇÕES RECEBIDAS

O que é um bebê prematuro [] sim [] não

Complicações do prematuro [] sim [] não

Patologias comuns ao prematuro [] sim [] não

PARTICIPAÇÃO NO CUIDADO DIRETO AO RECÉM-NASCIDO

1. Troca de fraldas [] sim [] não

Realizou o procedimento através da observação

Realizou o procedimento com ajuda do profissional

Realizou o procedimento com orientação do profissional

Profissional que lhe deu apoio _____

2. Banho [] sim [] não

Realizou o procedimento através da observação

Realizou o procedimento com ajuda do profissional

Realizou o procedimento com orientação do profissional

Profissional que lhe deu apoio _____

3. Amamentação [] sim [] não

Realizou o procedimento através da observação

Realizou o procedimento com ajuda do profissional

Realizou o procedimento com orientação do profissional

Profissional que lhe deu apoio _____

4. Posicionamento adequado [] sim [] não

Realizou o procedimento através da observação

Realizou o procedimento com ajuda do profissional

Realizou o procedimento com orientação do profissional

Profissional que lhe deu apoio _____

ORIENTAÇÕES RECEBIDAS QUANTO AO CUIDADO NO DOMICILIO

Visitas [] sim [] não

Roupinhas do bebê [] sim [] não

Sono e repouso do bebê [] sim [] não

Choro do bebê [] sim [] não

Banho de sol [] sim [] não

Passeio em ambientes públicos [] sim [] não

Medicações [] sim [] não

Sinais de alerta [] sim [] não

Engasgo [] sim [] não

Nariz entupido [] sim [] não

Informação sobre vacinas [] sim [] não

Profissionais responsáveis pela orientação:

Enfermeiro[]

Técnico de enfermagem[]

Médico[]

Fisioterapeuta[]

Fonoaudiólogo[]

Serviço social[]

PARTICIPOU DE ALGUM GRUPO DE APOIO

[] sim [] não

Se sim, houve por parte do profissional um momento de escuta.

[] sim [] não

VOCE SE SENTE PREPARADA PARA CUIDAR DO SEU FILHO EM CASA?

[] sim [] não

ANEXO

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Hospital Geral
Dr. César Cals

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ / SUS
HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS
CENTRO DE ESTUDOS APERFEIÇOAMENTO E PESQUISA



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

PARECER CEP

Protocolo do CEP: 498/2011

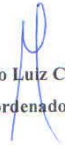
**Título do projeto: ALTA HOSPITALAR DO BEBÊ PREMATURO: CONDIÇÃO DA FAMÍLIA
PARA O CUIDADO NO DOMICÍLIO**

Pesquisador Responsável: Maria Zuleide da Silva Rabelo

Levamos ao conhecimento de V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do **Hospital Geral Dr. César Cals**, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, Resolução Nº. 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução Nº. 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997 respectivamente, **avaliou e aprovou o referido projeto reunião realizada em 06 de maio de 2011**

Outrossim, informamos que:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de não participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra por ele assinado.
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme estabelecido no protocolo.
3. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Qualquer modificação ou emenda ao protocolo deve ser apresentada ao CEP para nova avaliação.
5. Relatório parcial e final devem ser apresentados ao CEP


Dr. Antonio Luiz Carneiro Jerônimo
Coordenador do CEP