

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

CÁSSIA DE PÁDUA MOREIRA

**AS DIFICULDADES DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS EM DOMICÍLIO, PÓS-ALTA HOSPITALAR**

Ribeirão Preto
2014

CÁSSIA DE PÁDUA MOREIRA

**AS DIFICULDADES DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS EM DOMICÍLIO, PÓS-ALTA HOSPITALAR**

Dissertação apresentada à Universidade de
Ribeirão Preto como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em Saúde e
Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Regina
Negri Barbosa

Ribeirão Preto
2014

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

M838a Moreira, Cássia de Pádua, 1975-
 As dificuldades das mães de recém-nascidos prematuros
em domicílio, pós-alta hospitalar / Cássia de Pádua Moreira. - -
Ribeirão Preto, 2014.
82 f.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa.

**Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2014.**

1. UTI Neonatal. 2. Cuidado Domiciliar. 3. Amamentação.
I. Título.

CDD 610

CÁSSIA DE PÁDUA MOREIRA

**AS DIFICULDADES DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS EM
DOMICÍLIO, PÓS-ALTA HOSPITALAR**

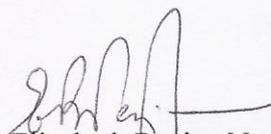
Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 22 de agosto de 2014

Resultado: Aprovada

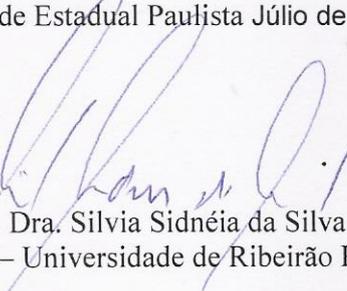
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld
UNESP – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho



Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que de alguma forma colaboraram para sua realização.

Em especial, dedico aos meus pais, Ana Maria e Mozart, pelo apoio e incentivo incondicional.

À minha cunhada Paula, pela prontidão em me ajudar e encorajar.

Ao meu marido Éder por estar sempre ao meu lado, estimulando e animando-me nos momentos difíceis.

À minha orientadora Professora Doutora Elizabeth Regina Negri Barbosa pela paciência e dedicação demonstradas no decorrer do trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus que me iluminou durante esta caminhada.

Aos meus pais por estarem sempre presentes em todos os momentos de minha vida, sempre me encorajando e apoiando.

À minha cunhada Paula, por seu incentivo e apoio constante.

Ao meu esposo Éder, pelo carinho, compreensão e por nunca me deixar desanimar.

Aos meus colegas de curso, pela amizade, deixando o caminho, a ser percorrido, bem mais leve.

Aos meus amigos de trabalho, que possibilitaram a realização deste sonho.

À equipe do ambulatório PROMAI, em especial as secretárias Juliana e Janaína.

Aos meus professores, obrigada pelos ensinamentos, atenção, amizade e dedicação ao longo deste período.

À coordenadora do mestrado, Sílvia, por ter acreditado em mim e pelo seu apoio constante.

À minha orientadora, Elizabeth, pela paciência, confiança e dedicação.

APRESENTAÇÃO

Como profissional de Fisioterapia, formada pela UNAERP, no ano 2.000, sempre gostei da área pediátrica, fiz especialização em Fisioterapia em Pediatria pela UNICAMP (2.002) e em Fisioterapia em UTI pela Santa Casa de Misericórdia de Passos (2.004). Contratada logo após o término do aprimoramento, passei de aluna à supervisora do mesmo curso, porém sem nenhum preparo didático. Preocupe-me em saber se o que estava transmitindo era assimilado pelos alunos, uma vez que considerava a questão didática uma lacuna a ser preenchida. Fiz vários outros cursos, que muito acrescentaram para minha atuação prática em área específica, porém não no sentido de transmitir conhecimentos. Desde então, senti necessidade de um maior preparo para prestar ensinamentos de forma mais estruturada e veio o desejo por uma pós-graduação stricto sensu, que além de aumentar meus níveis de conhecimentos atenderia ao imperativo de acrescentar novas possibilidades de atuação profissional, seguindo a área acadêmica, para poder transmitir, ensinar, passar minhas experiências vividas.

Atuante na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de Passos há nove anos, trabalhando com os prematuros e vivenciando a trajetória de suas mães, surgiu a curiosidade de saber como os prematuros internados, às vezes por meses, desenvolviam-se quando iam para seus domicílios. Na prática profissional verificando os acompanhamentos ambulatoriais, percebi que alguns se apresentavam com perda de peso, com atraso de desenvolvimento neuropsicomotor e, que algumas mães demonstravam maior ansiedade e insegurança no ato de cuidar do prematuro. Dessa forma, surgiram vários questionamentos que me fizeram refletir sobre como seria a qualidade de vida desses bebês e como as mães lidavam com a situação de prematuridade. O treinamento e as orientações passadas às mães na UTI Neonatal, referentes a como cuidar de prematuros, eram suficientes, para um lidar ideal, quando estas se encontravam em domicílio? Passei a fazer da minha prática cotidiana um espaço de observações, que aumentaram minhas indagações acerca de toda esta problemática que envolve a saúde do prematuro. Sendo a Santa Casa de Misericórdia de Passos um Hospital Amigo da Criança muito voltado para a humanização e a preocupação da equipe multidisciplinar em não medir esforços para cada vez mais atingir um nível de excelência no atendimento de mães e filhos, foram fatores decisivos para que eu ratificasse, como membro desta equipe, minha decisão em fazer o mestrado. Tendo em vista esta conjunção de questões ligados à qualidade de atendimento à saúde da

criança prematura e as indagações por mim evidenciadas é que surgiu o objeto da minha pesquisa para elaboração da dissertação de mestrado.

RESUMO

MOREIRA, C. P. As dificuldades das mães de recém-nascidos prematuros em domicílio pós-alta hospitalar. **Mestrado Profissional em Saúde e Educação**. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2014.

Há um crescente número de partos prematuros em todo o mundo e, conseqüentemente, suas complicações, seja pela imaturidade fisiológica ou pela dificuldade materna em cuidar deste bebê. O objetivo deste trabalho é identificar quais são as principais dificuldades encontradas em domicílio pelas mães de recém-nascidos prematuros, internados em uma unidade de terapia intensiva, pós-alta hospitalar. Ao identificar as dificuldades enfrentadas pelas mães de prematuros, podemos ajudar a melhorar o preparo destas famílias para o cuidado domiciliar, aprimorando o treinamento e otimizando as informações, diminuindo, assim, o risco de morbidades e mortalidade dos bebês, além de estreitar o vínculo afetivo entre mãe e filho. É um estudo de caso com abordagem qualitativa, cujos dados foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas, no ambulatório Materno Infantil da Santa Casa de Misericórdia de Passos. A amostragem foi intencional, por variedades de tipos, com quatorze mães de prematuros que há menos de dois anos, tiveram seus bebês internados pelo sistema único de saúde, logo após o nascimento, na unidade de terapia intensiva do mesmo hospital. Estas mães são uníparas, primigestas e seus filhos faziam acompanhamento e possuíam consulta agendada no mês de fevereiro de 2014, neste ambulatório. A análise de dados foi realizada pelo método fenomenológico através das categorias analíticas: a dificuldade de lidar com a prematuridade, no cuidado com o prematuro, na amamentação, e estimulação dos bebês prematuros em casa. Todas as mães relataram a extrema importância das orientações e treinamentos recebidos dentro da Unidade de Terapia Intensiva para realizar os cuidados que devem ter com o bebê em domicílio. As mães expuseram as maiores dificuldades em lidar com a prematuridade, com o ser pequeno e frágil. O refluxo gastroesofágico, deixar o bebê à noite dormindo sozinho e colocar o bebê para arrotar foram associados à insegurança diante de um possível sufocamento. O banho foi apontado como o cuidado mais difícil de ser realizado, sempre ligado ao peso e à fragilidade do recém-nascido. Mesmo sendo um Hospital Amigo da Criança e estimulando sempre a amamentação seis mães não conseguiram mantê-la exclusiva até os seis meses de idade, a maioria delas, pelo fator emocional. As mães que conseguiram amamentar sentiram maior facilidade em casa. O banho foi o considerado o cuidado mais difícil de ser realizado, principalmente nos primeiros dias, após a alta. Essa dificuldade está sempre associada ao peso e a fragilidade do bebê. As mães relataram não ter dificuldades na estimulação neuropsicomotora embora não tenham sido orientadas. Elas estimulavam seus filhos por iniciativa própria e não houve atraso aparente no desenvolvimento neuropsicomotor dessas crianças.

Palavras-chave: Prematuridade; Cuidado Domiciliar; Desenvolvimento Neuropsicomotor; Amamentação.

ABSTRACT

MOREIRA, C. P. The difficulties of premature newborns' mothers after hospital discharge. **Professional Mastership in Health and Education**. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2014.

There is an increasing number of premature births all over the world, and their consequent complications, either from the physiological immaturity or from the maternal difficulty in taking care these babies. The purpose of this work is to identify what are the main home difficulties found by the mothers of premature newborns admitted in an intensive care unit, after hospital discharge. When identifying the difficulties faced by mothers of premature babies, we can help to improve the preparation of these families for home care, improving the training and optimizing information, and so diminishing the risk of morbidities and mortality of these babies, beyond strengthening mother-child affection ties. It is a case study qualitative approach, whose data came from semi-structured interviews, at Santa Casa de Misericórdia de Passos maternal-infant outpatient. The sample was intentional, by kind varieties, with fourteen newborns' mothers that have hospitalized their babies since less than two years, through National Health System (SUS), just after their born, in intensive care unit of the same hospital. They are uniparous and first time mothers, their children are monitored and had consultation scheduled in February, 2014 in this outpatient care. Data analysis was done by a phenomenological physician through these analytical categories: The difficulties to deal with newborns, to care newborns, feed them, and stimulate newborns home. Every mothers reported the extreme importance of orientation and training got inside the intensive care unit to have home the baby care. These mothers informed the greatest difficulties in dealing with newborns, the small and weak living being. The gastroesophageal reflux, letting the baby sleeping alone at night and putting him/her to burp were associated to insecurity facing a possible suffocation. The Bath was pointed out as the most difficult care to be made, always related to the newborn weight and fragility. Even if it is a Child Friendly Hospital and it always stimulates breastfeeding, six mothers couldn't maintain the exclusive breastfeeding until six months old, most of them related to emotional facts. The mothers who were able to breastfeed felt it was easier home. The bath was considered the most difficult to be done carefully, especially in the first days after discharge. This difficulty is always associated with the weight and fragility of the baby. These mothers reported they haven't difficulties in neuropsychomotor stimulation, although it was not oriented they stimulated their kids by their own initiative and there was not visible delay in neuropsychomotor development of these children.

Keywords: Prematurity; Home Care; Motor Development; Breastfeeding.

LISTA DE QUADROS

Quadro I	- Fluxograma dos participantes incluídos e excluídos da pesquisa.....	37
Quadro II	- Caracterização dos participantes da pesquisa realizada no Ambulatório Materno Infantil da Santa Casa de Passos em fevereiro de 2014.....	42

LISTA DE SIGLAS

AM – Aleitamento materno

IG – Idade Gestacional

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

g – Gramas

MMC – Método Mãe Canguru

nº - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

PROMAI – Programa Materno Infantil da Santa Casa de Misericórdia de Passos

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido prematuro

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UNICEF- United Nations Children's Fund

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA.....	18
1.2 OBJETIVO GERAL	19
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
2 REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 PREMATURIDADE E O CUIDADO DOMICILIAR	20
2.2 AMAMENTAÇÃO COMO FORMA DE CUIDADO	25
2.3 DESENVOLVIMENTO MOTOR PREMATURO	30
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	35
3.1 NATUREZA DO ESTUDO.....	35
3.2 LOCAL DO ESTUDO	36
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	37
3.3.1 Critérios de inclusão.....	39
3.3.2 Critérios de exclusão	39
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	39
3.5 PROCEDIMENTOS E COLETA DE DADOS.....	40
3.6 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	40
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.2 CATEGORIAS.....	44
4.2.1 Categoria: As dificuldades de lidar com a prematuridade.....	44
4.2.2 Categoria: As dificuldades da mãe de prematuro na amamentação.....	50
4.2.3 Categoria: A estimulação dos bebês prematuros em casa	54
5 CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	60
ANEXOS:	
ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	72
ANEXO II– AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL.....	75
APÊNDICES:	
APÊNDICE I – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	76
APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	77

1 INTRODUÇÃO

Os avanços nas práticas perinatais, da reanimação em sala de parto, ao uso da ventilação mecânica e terapia com surfactante, têm contribuído para o aumento da sobrevivência de recém-nascidos (RN) com idade gestacional (IG) e peso ao nascimento progressivamente menores (SARMENTO, 2007). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o RN prematuro é aquele nascido com IG menor que 37 semanas completas e pode ser classificado, segundo a IG, como prematuro limítrofe (35 a 37 semanas de IG), moderadamente prematuro (31 a 34 semanas de IG) e extremo (abaixo de 30 semanas de IG) e, de acordo com o peso no nascimento, como prematuro de baixo peso (entre 2.500g e 1.500g), muito baixo peso (entre 1.500g a 1.000g) ou extremo baixo peso (abaixo de 1.000g).

De acordo com o Ministério da Saúde e em todo mundo, nascem, anualmente, 20 milhões de crianças prematuras e/ou com baixo peso, destes, aproximadamente, um terço morre antes de completar um ano de idade. No Brasil, o número de nascimentos prematuros era de 6% em 2000 e aumentou para 10% em 2011, com incremento atribuído principalmente aos recém-nascidos de 34 a 36 semanas de gestação. Segundo Rabelo et al. (2007), no Brasil, cerca de 10,2% dos partos são prematuros e a cada ano aumenta este número. No ano 2000, 109.210 partos com menos de 36 semanas de gestação foram feitos no país. Em 2005, segundo Ministério da Saúde, esse número passou para 123.569, um crescimento de 13% (SANT'ANNA, 2008, apud SILVA; BRUSAMARELLO; ROSANETO, 2009).

À realidade vivenciada pelo nascimento prematuro somam-se as dificuldades maternas, aquelas inerentes à prematuridade, em que os pais enfrentam o luto pelo filho imaginário, a aceitação do filho real e a fragilidade imposta pelas características clínicas da criança, que necessita de tecnologia sofisticada para manter-se viva (DELGADO, 2004). Quando o nascimento ocorre no período inesperado, as idealizações antes sonhadas se transformam em angústias e incertezas, visto ser um bebê de alto risco, em razão da imaturidade anatômica e fisiológica, susceptíveis a uma série de problemas decorrentes da imaturidade do sistema nervoso central e imunológico, dos aparelhos cardiovascular, respiratório, digestivo, renal (BALBINO, 2004). Trata-se de um problema de saúde pública, justificado pela imaturidade de um organismo não totalmente apto ao desempenho das funções da vida extrauterina, resultando em alterações neurológicas motoras, sensoriais e cognitivas (SIQUEIRA; DIAS, 2011).

Outro aspecto relevante é o fato de que o nascimento antecipado e a internação na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) podem trazer aos pais a sensação de incompletude, de não estarem preparados para exercerem seus papéis, pois durante a gravidez há uma preparação psicológica, vinculada aos estágios de mudanças corporais da mulher e que, ao final dos nove meses, ela experimenta um sentimento de prontidão para o atendimento das necessidades integrais do bebê: alimentação, higiene, afeto e carinho (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Ao perceber o corpo da criança prematura como delicado, frágil, sutil pelo tamanho, as mães podem se sentir despreparadas e incapacitadas para cuidar, ou mesmo desenvolver uma percepção distorcida do filho, concentrando-se mais nas deficiências e vulnerabilidades. Segundo Moraes, Quirino e Almeida (2009), a mãe demonstra apreensão de não saber atender às necessidades do filho ou de expô-lo a situações de risco, pois o bebê prematuro já possui um maior risco de não se desenvolver adequadamente, devido à imaturidade de seus órgãos e sistemas.

A necessidade de permanência hospitalar prolongada e a privação de contato e carinho aumentam o estresse da mãe e da família, podendo gerar importantes repercussões no contexto familiar da criança, afetando o vínculo entre prematuros e seus pais. Pierre Budim, considerado o primeiro perinatologista da era moderna, reconhece em seu livro “The Nursling”, publicado em 1907, que as mães perdiam o interesse por seus filhos quando não podiam cuidar (COSTA et al., 2009).

As necessidades de aproximação dos pais para com seu bebê, aos poucos, vão sendo minimizadas nas unidades de alto risco neonatal, onde os pais, lentamente, são inseridos como cuidadores. Tal situação traz o favorecimento de vínculo e a promoção do apego entre os familiares e o prematuro (COUTO; PRAÇA, 2009). Acompanhar os pais no período da internação, verificando se os contatos com seus filhos são mantidos e como estão sendo efetuados é uma forma de colaborar com a recuperação da criança. Esse acompanhamento é importante para que eles conheçam seu filho, identifiquem suas necessidades e saibam como cuidar dele na ocorrência da alta hospitalar (RAMALHÃO, 2003).

Diante desse contexto, percebe-se a necessidade de cuidados hospitalares humanizados ao recém-nascido prematuro e familiares, quando se valoriza o bem-estar biopsicossocial na recuperação e reabilitação da saúde da criança, a formação e manutenção do vínculo afetivo mãe-filho e uma assistência que tenha continuidade no domicílio. O cuidar do prematuro, pelas suas particularidades, exige conhecimento e estabelecimento de uma assistência direcionada às suas necessidades, abrangendo um cuidado específico durante a internação e

continuidade após a alta hospitalar (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009). Observa-se que o estresse vivenciado durante o período de internação também prejudica a capacidade de aprendizado efetivo dos pais, de maneira que a mesma informação precise, em determinados casos, ser repetida várias vezes durante a internação e reforçada no acompanhamento após a alta (SCHMIDT; HIGARASHI, 2012).

A alta dos bebês prematuros pode não significar a recuperação total deles, o que implica em diversas preocupações para a família, aos profissionais de saúde que os acompanham e, até mesmo, para as autoridades governamentais inseridas na gestão pública (BOTELHO et al., 2012).

As mães relacionam os cuidados básicos com o bebê, quando associados ao cuidado domiciliar, a sentimentos de medo e de insegurança (COUTO; PRAÇA, 2009). Segundo Pinto, Padovani e Linhares (2009), essas mães apresentam alto risco para problemas de saúde mental, e ficam mais fragilizadas para o enfrentamento adequado do nascimento prematuro e menos adaptadas aos cuidados iniciais do bebê. Portanto, o preparo para a alta hospitalar do RN e de seus familiares é de fundamental importância para reduzir as expectativas no cuidado quando este retornar ao domicílio.

O planejamento da alta hospitalar tem como objetivo desenvolver o senso de responsabilidade nos pais para o cuidado do RN, ensiná-los sobre qual a maneira mais apropriada de prestar cuidados e responder às necessidades do seu filho, diminuir nível de estresse da família, evitar readmissões hospitalares e identificar recursos disponíveis na comunidade para o atendimento pós-alta (SOUSA; SILVA; GUIMARÃES, 2008). Este trabalho de orientar e informar os pais torna possível subsidiar o cuidado domiciliar futuro, de tal forma a propiciar conhecimentos corretos e um sentimento de segurança, essencial à continuidade de uma atenção de qualidade após a alta hospitalar (SCHMIDT et al., 2011).

Para Furlan, Scochi e Furtado (2003), à medida que a criança vai se desenvolvendo e passa a ser cuidada também pela mãe, esta começa a se sentir mais segura, por incorporar o papel materno, contribuindo para tal, o relacionamento da díade e o desejo de deixar o filho seguro. Porém, nem sempre as orientações fornecidas pelos profissionais são compreendidas pelas famílias e interferem nesta compreensão, a forma como as orientações são feitas e os termos utilizados, de modo que as informações oferecidas não conseguem reduzir ou amenizar a ansiedade e nem suprir a necessidade de esclarecimento dos pais, pelo contrário, muitas vezes, contribuem para aumentá-las (STARKE; MOLLER, 2002; HOPIA; PAAVILAINENE; ASTEDT-KURKI, 2004).

A necessidade de inserção dos pais nos cuidados do recém-nascido prematuro justifica-se, também, pela alta morbidade pós-alta hospitalar e número de reinternações na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal devido à dificuldade dos mesmos nos cuidados domiciliares. A necessidade de algum tipo de assistência é um alerta para a valorização do enfoque na preparação dos pais, na unidade neonatal, para que atendam às demandas do prematuro, no domicílio, uma vez que, dadas as debilidades, estes recém-nascidos constituem-se em uma população de alto risco de comprometimento de sua saúde (COUTO; PRAÇA, 2009).

Uma alternativa de cuidados neonatais para essas crianças, e que tem sido indicada por diversos autores, como Nirmala, Rekha e Washington (2006), é o método Mãe Canguru (MMC). É um tipo de assistência neonatal voltada para o atendimento do recém-nascido prematuro que implica colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe (OMS, 2004). Este Método foi criado em Bogotá, na Colômbia, surgiu da busca de uma solução imediata para a superlotação das unidades neonatais nas quais muitas vezes se encontravam dois ou mais recém-nascidos em uma mesma incubadora. Este método não exige grandes investimentos financeiros e tem sido considerado simples, prático e de boa aceitação entre a equipe de saúde, mães e familiares (SUMAN; UDANI; NANAVATI, 2008). O MMC no Brasil, enquanto política de saúde pública visando à atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, foi instituída, pelo Ministério da Saúde aprovada pela portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2007) e mostra-se como um conjunto de intervenções que viabilizam fatores de proteção para o desenvolvimento de bebês prematuros, promovem o fortalecimento do vínculo afetivo mãe-pai-bebê e estimulação precoce e inserção da família nos cuidados (ANDREANI; CUSTÓDIO; CREPALDI, 2006). Os benefícios do método incluem redução da morbidade e do período de internação dos bebês, melhoria na incidência e duração da amamentação e contribui para o senso de competência dos pais (COSTA; MONTICELLI, 2005).

Na alta hospitalar, uns dos momentos mais aguardados pelos pais, há uma explosão de sentimentos que se alternam entre alegria, insegurança e medo. Ir para a casa é um novo obstáculo a ser enfrentado, não importa a experiência adquirida com o filho, será sempre problemático para os pais, que estarão angustiados e assustados, pois agora são responsáveis pela segurança do bebê. A mãe, diante da responsabilidade de cuidar de seu filho, sem a presença da equipe multidisciplinar, revela o temor das primeiras experiências. É o momento de aplicar todo o conhecimento adquirido no hospital, mas com a incerteza de exercer o

cuidado correto. Quando são passadas as informações e treinamentos, a mãe está em um momento de estresse, podendo não absorver de maneira correta ou completa aquilo que foi explicado. Diante da fragilidade de um prematuro, essas dificuldades, enfrentadas pela mãe, podem levar a uma diminuição no ganho de peso, a um maior atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, ou às morbidades que podem ocasionar as reinternações ou, em casos extremos, ao óbito. Scochi et al. (2003) relatam que os pais dos recém-nascidos prematuros e de baixo peso, são considerados população de risco, por apresentarem dificuldades para cuidar dos filhos, necessitando de apoio durante a internação e após a alta no acompanhamento ambulatorial. A assistência a essas crianças após a alta hospitalar ainda é limitada, na realidade brasileira, no que se refere ao conhecimento tanto da evolução das mesmas, como das intervenções voltadas para suas peculiaridades e de sua família (TRONCO et al., 2010).

1.1 JUSTIFICATIVA

Ao identificar quais são as principais dificuldades enfrentadas pelas mães de prematuros pode-se ajudar a melhorar o preparo destas famílias para o cuidado domiciliar, e aprimorar o treinamento e otimizar as informações, diminuindo assim, o risco de morbidades e mortalidade destes bebês, além de estreitar o vínculo afetivo entre mãe e filho.

As políticas públicas na década de 1980 apresentaram um avanço substantivo, colocando como foco principal ações direcionadas aos direitos da mulher-mãe. É imperioso ressaltar que, nesta década, não se considerava o recém-nascido como sujeito de cuidados. Surge, então, a regulamentação sobre o alojamento conjunto, por meio da Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) No início dos anos 80, a regulamentação sobre o alojamento conjunto, pela Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Uma das prerrogativas dessa resolução era proporcionar maior contato entre a mãe e o recém-nascido para o incentivo ao aleitamento materno. Amplia-se assim a área assistencial da saúde, para mãe e filho e cresce a percepção sobre a necessidade de amparo legal como premissa inicial para a efetivação de práticas humanizadas, direcionadas para o parto e o puerpério.

No entanto, estava restrito, ainda, o foco no recém-nascido, pois não se, respeitavam as particularidades da criança que chegava ao mundo. O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, aprovado em 1990, bem como a criação da Iniciativa de Hospitais

Amigos da Criança (IHAC), em 1994, foram marcos importantes para a garantia de direitos dos recém-nascidos integrando-os às preocupações no campo das políticas públicas.

Dessa forma, estudos referentes aos cuidados exigidos pelos recém-nascidos prematuros, bem como, pelos nascidos a termo, passam ser ampliados, visto a necessidade de se aprofundar o conhecimento acerca do assunto.

Assim, ao identificar quais são as principais dificuldades enfrentadas pelas mães de prematuros pode-se ajudar a melhorar o preparo destas famílias para o cuidado domiciliar, e aprimorar o treinamento e otimizar as informações, diminuindo assim, o risco de morbidades e mortalidade destes bebês, além de estreitar o vínculo afetivo entre mãe e filho.

1.2 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste trabalho é identificar quais são as principais dificuldades encontradas pelas mães de recém-nascidos prematuros em domicílio, após internação em uma unidade de terapia intensiva, pós-alta hospitalar.

1.3.OBJETIVOS ESPECIFÍCIOS

- Identificar quais são as principais dificuldades em domicílio mencionadas pelas mães de prematuros internados em uma UTI, pós-alta hospitalar;
- Identificar se as orientações recebidas no hospital estão sendo suficientes para as mães cuidarem dos seus filhos em casa.
- Identificar quais são as principais dificuldades das mães de prematuros em relação à amamentação;
- Identificar se as mães de prematuros sabem estimular seus filhos e se encontram alguma dificuldade, nesse sentido;

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PREMATURIDADES E O CUIDADO DOMICILIAR

O conceito de prematuridade inclui todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completas de gestação (< 259 dias) contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual (RADES; BITTAR; ZUGAIB, 2004).

A prematuridade decorre de circunstâncias diversas, estando presente em todos os lugares e classes sociais. Em casos extremos, a prematuridade se apresenta como uma das causas principais dos problemas do bebê, inclusive de morte logo após o nascimento.

Segundo (Bittar; Zugaib, 2009, p. 2)

A prematuridade pode ser classificada, segundo a sua evolução clínica, em eletiva ou espontânea. Na prematuridade eletiva, a gestação é interrompida em virtude de complicações maternas (por exemplo, doença hipertensiva, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia etc.) e/ou fetais (por exemplo, restrição do crescimento fetal ou sofrimento fetal), em que o fator de risco é geralmente conhecido e corresponde a 25% dos nascimentos prematuros.

O fato de alguns órgãos internos do recém-nascido não terem, ainda, se desenvolvido plenamente o expõe a riscos maiores com relação à determinadas doenças. A morbidade neonatal e mesmo a mortalidade são mais evidenciadas em neonatos prematuros. Tanto o óbito, quando as doenças dos prematuros, afeta a estrutura familiar transformando as aspirações que envolvem a perinatalidade. A demanda de assistência e de cuidados especiais apresenta-se com maior nível de complexidade, acarretando, para a família, significativa carga econômica com relação a esses nascimentos.

Sabe-se que as causas perinatais são as principais causas de mortalidade infantil no país. No período perinatal, há o maior risco de mortalidade infantil, com predomínio nas primeiras vinte e quatro horas (CARVALHO; GOMES, 2005). Os autores ainda indicam que, há variações, largamente encontradas, com relação à ocorrência de óbitos neonatais, nos diferentes locais do planeta.

Formiga e Linhares (2009) acrescentam que o período neonatal compreende os primeiros vinte e oito dias de vida do bebê após o nascimento

A predição do parto prematuro é associada a alguns fatores de risco demográficos e obstétricos, tais como a idade materna menor que 21 ou maior que 36 anos, baixo nível socioeconômicos, antecedente de parto pré-termo, estatura materna inferior a 1,52 m, gestação gemelar, sangramento vaginal no 2º trimestre, amadurecimento cervical e aumento da atividade uterina antes da 29ª semana de gestação (EHRENKRANZ, 2000).

O parto pré-termo é um dos grandes desafios, na atualidade, para a prática médica.

Fatores, tais como os avanços tecnológicos, das duas últimas décadas, associaram-se a grandes mudanças na assistência obstétrica e neonatal, destacando-se o incremento no uso de corticóide antenatal e a terapia de reposição de surfactante no recém-nascido prematuro, intervenções, estas, cujo benefício na redução da mortalidade neonatal é inquestionável (RUGOLO, 2005). As várias intervenções obstétricas e neonatais, que demonstram efetividade, garantem uma redução na incidências de mortalidade e morbidade de prematuros, no entanto, o padrão de atendimento que se utiliza dessas inovações, nem sempre abrange toda a população, sendo encontrado, apenas, em unidades do setor privado e alguns na esfera pública, com maior complexidade, localizando-se em instituições de ensino e pesquisa, que não possuem capacidade de leitos para a utilização de pacientes desta área.

É importante que se observe as variáveis da mortalidade e da morbidade infantil, para estruturar a assistência, atendendo as particularidades e especificidades desse grupo. Podemos acrescentar que, a literatura apresenta uma diversidade de fatores que contribuem para a morbidade e mortalidade do recém-nascido, inclusive aqueles relacionados com a gestação, os cuidados com o pré-natal, até o tipo de parto.

A morbidade neonatal aumenta na medida em que diminui a idade gestacional e ocorre a presença de fatores de risco tais como hemorragia intraventricular, peso muito baixo ao nascimento, valores baixos de Apgar no quinto minuto, sexo masculino e ausência de surfactante (AMBALAVANAN; CARLO, 2001).

A escala ou Índice de Apgar é um teste desenvolvido, que consiste na avaliação de cinco sinais do recém-nascido no primeiro e quinto minuto após o nascimento, atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação de zero a dois, sendo utilizado para avaliar as condições dos recém-nascidos (LOTH; VITTI; NUNES, 2001). Os sinais avaliados incluem: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. O somatório da pontuação (no mínimo zero e no máximo dez) resultará no Índice de Apgar e o recém-nascido será classificado como sem asfixia (Apgar oito a dez), com asfixia leve (Apgar sete), com asfixia moderada (Apgar quatro a seis) e com asfixia grave: Apgar zero a três (SANTOS; PASQUINI, 2009). As autoras apontam um dado histórico quanto à introdução dessa tabela, que se apresenta como um dos métodos de maior utilização, para se avaliar o neonato, imediatamente, após seu nascimento. Ela foi introduzida em 1953, por Vígínia Apgar, uma anestesista inglesa, com o intuito de avaliar as condições fisiológicas e a possibilidade de resposta, como forma de identificar a necessidade de procedimentos especiais ou mesmo a

reanimação. O método mostrou-se como ferramenta facilitadora de avaliação do recém-nascido, tendo como objetivo, também, auxiliar pediatras e obstetras.

Uma doença que acomete o neonatal prematuro e a Doença da Membrana Hialina, considerada uma patologia causada por imaturidade pulmonar e está relacionada à deficiência primária de surfactante. Com muita frequência, acomete recém-nascidos prematuros de peso inferior a 1500g e se manifesta nos primeiros dias de vida (ARAÚJO, 2007).

A deficiência do surfactante pulmonar leva ao acúmulo de material proteico na superfície dos alvéolos e, conseqüente, edema e atelectasias alveolares. Os recém-nascidos prematuros, frequentemente, não produzem uma quantidade suficiente de surfactante e como conseqüência o alvéolo pulmonar não permanece aberto, entre as respirações, sendo que os pulmões colapsam totalmente (AVERY; MEAD, 1959). O desenvolvimento adequado dos pulmões é fundamental para o recém-nascido, pois permite a entrada de oxigênio nos pulmões.

Para Abreu ET AL.,2006O surfactante pulmonar tem a função de diminuir a tensão superficial nos alvéolos, impede seu colabamento e aumenta, assim, a complacência pulmonar (ABREU et al., 2006).

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE),outra patologia muito presente na prematuridade, ocorre quando o esfíncter inferior do esôfago não se fecha apropriadamente e o conteúdo do estômago extravasa de volta para o esôfago. É a enfermidade esofágica mais comum no período neonatal e figura como responsável pelo prolongamento do tempo de internação de recém-nascidos pré-termos (FRAKALOSS; BURKE; SANDERS, 1998). Regurgitações são extremamente frequentes nos lactentes, com pico de incidência aos quatro meses de idade. Boa parte dos lactentes apresenta refluxo gastroesofágico fisiológico, característico desta fase do desenvolvimento da criança, em que os mecanismos de contenção do alimento no estômago não estão plenamente desenvolvidos (SILVA FILHO; OZAKI; RODRIGUES, 2006). O refluxo gastroesofágico pode acarretar insuficiência do crescimento, vômitos frequentes, aspiração pulmonar, disfagia, esofagite, dor abdominal ou retroesternal, causando choro persistente, irritabilidade e dificuldades na alimentação (HASSAL, 2005).

Segundo Morrison (1990), apesar de a sobrevida ter melhorado nos últimos anos, principalmente nos centros terciários, a prematuridade é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, sendo responsável por 75% das mortes neonatais, ao passo que a morbidade está diretamente relacionada aos distúrbios respiratórios e às complicações infecciosas e neurológicas. Outros fatores como displasia broncopulmonar, retinopatia, enterocolite necrosante, apneia e paralisia cerebral, podem associar-se à prematuridade.

A prematuridade aumenta o risco de adaptação à vida extrauterina, decorrente, principalmente, da imaturidade anátomo-fisiológica. O recém-nascido (RN) prematuro pode apresentar uma série de complicações após o nascimento e, muitas vezes, associado a isso o prematuro encontra-se com baixo peso, acentuando ainda mais os riscos de morbimortalidade infantil (SALGE et al., 2009). As crianças de baixo peso ao nascer podem ter maiores riscos de sequelas em seu processo de crescimento e desenvolvimento, como distúrbios orgânicos, cognitivos e psicossociais, evidenciando que a alta hospitalar após o nascimento não significa a resolução de todos os problemas de saúde, sendo necessário o seguimento em longo prazo (MELLO et al., 2002). Os cuidados de saúde realizados pela equipe multiprofissional com estes bebês têm mudado, são focados não apenas em sua sobrevivência, mas também na qualidade de vida e integração do prematuro com o ambiente familiar.

O Brasil, hoje, vem trabalhando com a visão de um novo paradigma, que é o da atenção humanizada ao prematuro com baixo peso, à mãe e à família, respeitando-os em suas características individuais. O Ministério da Saúde lançou por meio da Portaria n. 693 de 05/07/2000, a norma de atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso (BRASIL, 2002).

Este método, centrado na humanização, compreende ações desde o pré-natal de alto risco, onde são identificadas as gestantes de risco para o parto prematuro, até a alta hospitalar do bebê e sua família. Desenvolvido em três etapas, em nível hospitalar e ambulatorial, cujos fundamentos básicos são acolhimento da mãe e do bebê e sua família na UTI, respeito à capacidade neurológica, minimização das intervenções neonatais e do meio ambiente, promoção do aleitamento materno, contato pele a pele o mais precoce possível, envolvimento dos pais nos cuidados com o bebê e inserção e apoio aos pais no processo. Essas ações são realizáveis a partir do trabalho da equipe interdisciplinar que deverá ser treinada e sensibilizada para esta metodologia. A equipe deverá atuar, cada um com sua especificidade profissional, porém numa postura interdisciplinar frente as demandas do que se diz de “família prematura” (ANDREANI; CUSTÓDIO; CREPALDI, 2006, p. 8).

O prematuro precisa de um número maior de avaliações do estado de saúde e alta hospitalar não significa a resolução dos problemas desta população, tornando-se indispensável o seguimento ambulatorial especializado, com vistas à detecção e intervenção precoce das intercorrências com atenção especial no acompanhamento do crescimento, nutrição, funções visuais, auditivas, neuromotoras, cognitivas, imunização e cuidado domiciliar (MELLO, 1998; FELICIANO, 1999).

A importância da família no desenvolvimento da criança prematura encontra-se cada vez mais difundida, exercendo uma influência negativa ou positiva na mediação dos efeitos das sequelas ou na potencialização de seus riscos e/ou na crescente melhoria e recuperação mais rápida (SILVA, 1999).

A equipe deve estimular o encontro entre pais e bebês, mas ao mesmo tempo respeitar a individualidade de cada um e sua forma de reagir frente ao filho doente. Os pais precisam sentir-se apoiados para fazer a aproximação com o filho, quando estiverem preparados (BRASIL, 2001). Para Gaiva e Scochi (2005) a presença da mãe na UTI, muitas vezes, é percebida pela equipe como uma obrigatoriedade. Ao invés de ser uma forma de beneficiar a criança e sua família, torna-se uma imposição da equipe, mais uma tarefa a ser cumprida pela mãe. A presença dos pais nessa situação de obrigatoriedade e controle deixa de ser uma atividade que dá prazer, podendo conduzir a um maior distanciamento dos pais. A presença destes na UTI é importante, não só fisicamente, como também o envolvimento emocional e mental, o estar junto, torcer e lutar por e com seu filho (CARVALHO, 2001).

Quando o bebê recebe alta hospitalar e vai para a casa significa que a partir daquele momento o hospital não é mais responsável pelo seu cuidado, que passa a ser responsabilidade da família, especialmente da mãe. Se as famílias não são devidamente esclarecidas sobre os problemas que os bebês possam desenvolver e descobrem estas limitações e sequelas na vivência diária tudo isso torna-se muito desgastante e sofrido. A mãe demonstra apreensão em não saber atender às necessidades do filho ou de expô-lo a situações de risco. Para cuidar da criança prematura as mães compararam-na com o bebê nascido a termo e reconhecem que a primeira apresenta especificidades que exigem maior atenção e dedicação (MORAES, 2009).

A ansiedade, insegurança e dúvida foram evidenciadas pela maioria das mães de prematuros. Elas refletiram sobre a importância de serem capacitadas durante o período em que seus filhos ficaram hospitalizados e como eram importantes esses ensinamentos sobre os cuidados no ambiente domiciliar. Revelaram que dia após dia foram se adaptando à rotina dos cuidados necessários ao bebê, vencendo então o despreparo e o medo e que essa vivência diária de atenção especial originou a construção de uma relação de amor (BOTELHO, 2012).

A partir do momento em que os pais se veem em casa com o filho prematuro, percebem que vão olhar e viver a vida de modo diferente, sendo preciso buscar, com criatividade, novas formas de atender as suas necessidades (TRONCHIN, 2003).

2.2 AMAMENTAÇÃO COMO FORMA DE CUIDADO

A amamentação é uma prática milenar, biologicamente determinada e socioculturalmente condicionada, variável em diferentes contextos e épocas, conforme o valor atribuído à mulher sendo, portanto, um bem social compartilhado (ALMEIDA, 1999). As

vantagens da amamentação são inúmeras, tanto para a saúde do bebê quanto para a recuperação pós parto da mulher. Mas de acordo com Nakano (2002), mesmo as mulheres que veem o aleitamento como biologicamente natural, percebem limites em sua prática e sentem necessidade de aprender, mostrando que o ato de amamentar não é tão fácil, natural e instintivo. Esta condição tem provocado nas mulheres sentimentos de que não estão aptas para a função de nutrizes.

Diante dos conhecimentos científicos atuais, o leite humano é considerado, de forma consensual, como o único alimento capaz de atender de maneira adequada a todas as peculiaridades fisiológicas do metabolismo dos lactentes (ALMEIDA, 1999). Ele possui nutrientes que promovem prevenção contra doenças infecciosas e não infecciosas não só no período neonatal, mas até na vida adulta. A sua composição torna-o inimitável sob todos os pontos de vista, desempenha funções de alimento e medicamento com ação curativa e preventiva sobre um leque enorme de doenças da infância e da idade adulta e fornece todos os macro e micro nutrientes necessários para que o ser humano cresça e se desenvolva fisicamente, intelectualmente e emocionalmente durante um dos períodos mais importantes de sua vida (CLAUD; WALKER, 2001; EDWARDS; PARRETT, 2002; GARTENER, 2004). O ato de amamentar também supre as necessidades emocionais e diminui a ansiedade de ambos, por meio desse primeiro contato pele a pele e olhos nos olhos. Hylander, Strobino e Dhanireddy (1998) diz que a incidência de qualquer infecção, inclusive enterocolite necrosante, sepse e meningite, é significativamente menor nos recém-nascidos alimentados com leite materno quando comparados àqueles que recebem exclusivamente leite artificial. Nenhum outro alimento industrializado é capaz de suprir os benefícios do leite materno. Portanto, o aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo (SARAFANA et al., 2006). Com a vantagem de não onerar no orçamento familiar.

A redução da mortalidade infantil passou a ser um dos objetivos centrais do desenvolvimento, compromisso assumido não só pelo governo federal, mas também nas esferas estaduais e municipais. A saúde infantil tornou-se mais proeminente na agenda pública e grandes programas verticais de saúde foram implementados em larga escala, como a promoção ao aleitamento materno (VICTÓRIA et al., 2011).

O aleitamento materno (AM) é o modo mais natural e seguro de alimentação para a criança pequena, devendo ser exclusivo até os seis meses de idade. Segundo a OMS (1989), este se constitui no modo mais adequado de fornecer alimento para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis de lactentes, com influência também na saúde biológica e

emocional do binômio mãe-filho. É também apontado um melhor prognóstico do desenvolvimento neurológico de prematuros amamentados quando comparados com aqueles alimentados com fórmula láctea (HALL, 2001). O leite materno é universalmente aceito como o melhor alimento para os bebês tanto àqueles em situação de risco como aos normais, por oferecer vantagens econômicas, imunológicas, nutricionais, endocrinológicas e emocionais (CARVALHO; TAMEZ, 2002). Diante disto é necessário sempre incentivar e apoiar a prática do aleitamento materno assegurando uma boa qualidade de vida desde o nascimento. Apesar das vantagens mostradas na literatura, o incentivo dos profissionais de saúde e do governo ainda é reduzido o aleitamento materno em prematuros, não atingindo as recomendações nacionais e internacionais, que é o aleitamento exclusivo até os seis meses de idade. Sabemos que mãe de prematuro é uma puérpera diferenciada, que vivencia situações peculiares enfrentando uma fase de estresse por seu filho ter nascido pequeno e frágil que precisa de cuidados especiais e sua separação com seu filho e é previsível.

A alimentação visa o suprimento das necessidades nutricionais para o crescimento adequado e também é um processo biopsicossocial complexo que inclui estado de alerta, cognição, desenvolvimento motor e maturação neurológica, além da interação da mãe com o bebê, organizando as primeiras relações (XAVIER, 2003).

A amamentação natural promove o desenvolvimento craniofacial do bebê pelos movimentos adequados da musculatura oral, fechando um circuito fisiológico da sucção, respiração e deglutição corretas e prevenindo assim alterações de hipodesenvolvimento, má oclusões e problemas articulatorios (HERNANDEZ; MARCHESAN, 2001). Para isto o bebê necessita de maturidade anatômica e fisiológica adquirida aproximadamente entre 32 a 34 semanas de idade gestacional.

A amamentação em bebês pré-termos, quando comparado com a população de bebês a termo normais, é mais difícil de ser iniciado e mantido (ROCHA et al., 2002). Sabemos que a mãe do prematuro é uma puérpera que vivencia situações peculiares, diferentes daquela que teve um bebê a termo e que enfrentou uma fase de estresse por ter tido uma criança bastante pequena (SERRA; SCOCHI, 2004).

Os fatores mais importantes que dificultam a amamentação são a separação prolongada da mãe-bebê, a ansiedade e o estresse materno, o manejo dos profissionais no suporte à amamentação, a diminuição da produção de leite, a insegurança que a própria mãe tem sobre a qualidade do seu leite, o comportamento alimentar imaturo do recém-nascido pré-termo e as rotinas hospitalares (SCHANLER; CONNOR; LAWRENCE, 1999). Mesmo com

todo incentivo a amamentação e a vontade das mães de nutrir seus filhos estes fatores pesam , muitas vezes, impossibilitando a amamentação.

Em um estudo realizado por Gomes (1999) revelou que há profundas alterações no modo de ser com o outro dessas mulheres, pois passam a conviver com sentimento de revolta, dúvidas, medo, tristeza e angústia, evidenciados por conflitos e dificuldades maternas, que interferem não só na produção e manutenção láctea como, também, na disponibilidade e desejo de amamentar. Soma-se o fato de que quando o prematuro nasce muitas dessas mães não dispõem de rede de apoio formal (serviço e profissionais de saúde) e informal (familiares, vizinhos), no processo do aleitamento materno.

Este em situação de prematuridade é preocupante, pois no trabalho assistencial, tem-se convivido com a insegurança, ansiedade e sofrimento das mães, bem como o constrangimento, dúvida e, às vezes, com a impotência dos profissionais de saúde diante da alimentação natural do prematuro (BOMFIM; NASCIMENTO, 2007). A amamentação depende do desenvolvimento do bebê e sua capacidade de sugar, além de sua estabilização clínica, podendo levar muito tempo, gerando aumento na ansiedade e estresse nas mães, diminuindo sua produção de leite.

Amamentar prematuros é, sem dúvida, um desafio. Os RNPT apresentam imaturidade fisiológica e neurológica, hipotonia muscular e hiper reatividade aos estímulos do meio ambiente, permanecendo em alerta por períodos muito curtos. Mas, apesar de inadequado controle da sucção/deglutição/respiração, um RNPT é capaz de alimentar-se ao peito, desde que com auxílio e apoio apropriados (NASCIMENTO; ISSLER, 2004). Para que a amamentação seja iniciada, não se pode esquecer que está envolvida nesse contexto a mãe, a qual teve seu filho prematuro, internado em uma UTI Neonatal, aflita, confusa e que precisou manter sua lactação, isso dependendo da orientação passada pelos profissionais envolvidos (BOMFIM; NASCIMENTO, 2007). A obrigatoriedade de manter uma lactação suficiente para nutrir seu filho que necessita ganhar peso para receber alta hospitalar gera um aumento de responsabilidade e estresse na mãe.

Em um estudo realizado por Caetano (2004) com mães de bebês prematuros, participantes do Método Canguru, foi observado que as mulheres tiveram dificuldades no manejo e amamentação do filho e que essas dificuldades estavam relacionadas ao baixo peso do bebê, à dificuldade para manter o calor e sugar. Observou-se ainda que a dificuldade para sugar e a diminuição da lactação geravam na mãe grande tensão em razão da ênfase na amamentação.

A capacidade do recém-nascido para tomar o leite, oralmente, requer certa maturidade, envolvendo os nervos cranianos, reflexos e respiração, um sistema organizacional bem complexo. Deve-se, no entanto, ter em mente que a maturidade para coordenar o sugar/engolir/respirar, é individual, e esta estabilidade, de um modo geral, está coordenada ao redor da 32^o a 34^o semana de gestação, mas alguns recém-nascidos não são capazes de coordenar até que atinjam 37 semanas de gestação (TAMEZ; SILVA, 2002).

Não há consenso na literatura sobre o momento adequado de iniciar a amamentação nos prematuros. Os indicadores tradicionais utilizados são: estabilidade fisiológica, peso maior ou igual a 1.500 gramas, a idade gestacional igual ou maior que 34 semanas juntamente com os critérios comportamentais como, sugar a sonda nasogástrica, apresentar reflexo de busca durante o contato pele a pele e permanecer em estado de alerta (NASCIMENTO; ISSLER, 2004). Para incentivar o aleitamento materno deve-se dar atenção e apoio especial para a manutenção da lactação materna e iniciar o contato pele a pele entre mãe e filho e a sucção direta no seio materno, o mais cedo possível (SERRA; SCOCHI, 2004). O método Mãe Canguru promove este contato pele a pele com o bebê e estimula a mãe permanecer mais tempo com seu filho, quanto mais tempo esta mãe ficar próxima de seu filho maior será a chance de sucesso da amamentação.

Ao fornecer o leite para o filho, na UTI Neonatal, a mãe sente-se importante no processo de recuperação da saúde do mesmo, fortalecendo assim o vínculo afetivo mãe-filho e o sentimento de perceber-se parte do processo terapêutico do bebê (SCOCHI et al., 2003). Durante o ato de amamentação o recém-nascido fica mais tranquilo, estável e seguro facilitando seu tratamento e antecipando a alta hospitalar.

Javorski (1997), em um estudo verificou que as mães expressam que o leite materno preserva a vida do frágil prematuro, facilita o estabelecimento do vínculo afetivo, e é importante para promover o crescimento e desenvolvimento saudável da criança e complementa a maternidade. No entanto, as mães também colocam a amamentação como uma prática difícil e desgastante, podendo essas concepções não garantir o sucesso do aleitamento materno em situação de prematuridade. A amamentação representa um ato de doação e sacrifício, exigindo das mães atributos como paciência, dedicação e vontade (MELLO et al., 2002). Muitas vezes estes atributos não são suficientes para manter o processo da amamentação, o estresse da mãe e a imaturidade anatômica e fisiológica do bebê dificultam este processo.

Para que a mãe tenha sucesso na manutenção da lactação, durante a hospitalização de seu bebê, é necessário que se sinta segura e tenha orientação e apoio tanto de sua família

quanto dos profissionais de saúde. Esses devem se organizar para que possam fornecer às mães informação, orientação e aconselhamento sobre amamentação como, também, dispor de sistema de acompanhamento no cuidado domiciliar após a alta hospitalar (SERRA; SCOCHI, 2004). O acompanhamento ambulatorial é essencial para averiguar como está a amamentação, se a mãe está com alguma dificuldade ou dúvida, confirmando a importância do leite materno. O profissional de saúde deve incentivar e orientar a mãe a amamentar seu filho em livre demanda, ou seja, com a frequência que ele quiser, e a verificar se o bebê está fazendo a pega correta e mamando de forma eficaz. Esses atos são imprescindíveis para o sucesso do aleitamento materno (GUBERT et al., 2012). Este ato fica mais fácil de ser realizado em domicílio, sem as rotinas hospitalares e sem a pressão do ganho de peso para a alta hospitalar.

Considerando-se o declínio da prática de amamentação em vários países do mundo, a OMS e o UNICEF, em 1991, propuseram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que visa incentivar as instituições e os profissionais da saúde a promover, proteger e apoiar o aleitamento materno como o melhor método para uma adequada nutrição infantil, além de permitir à família uma escolha bem informada e consciente sobre a alimentação da criança. Como política de saúde favorece o desenvolvimento dos recém-nascidos. Esta iniciativa foi adotada por mais de 20.000 hospitais em cerca de 156 países. No Brasil são 322 Hospitais Amigos da Criança, que garantem uma cobertura de 28% de nascimentos ocorridos em 2007. Para que uma instituição receba o título de Hospital Amigo da Criança, ela deve adotar os dez passos para o sucesso do aleitamento materno e passar por avaliações periódicas (MANCINI; VELASQUEZ-MELENDZ, 2004).

Segundo os materiais informativos da saúde da criança, publicado pelo ministério da saúde, em 2008, os dez passos para o sucesso do aleitamento materno são:

- Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados com a saúde.
- Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
- Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
- Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
- Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vier a ser separadas dos seus filhos.
- Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
- Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
- Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
- Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.

- Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Estudos realizados em diferentes países, incluindo o Brasil, concluem que a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é uma estratégia efetiva para o incremento da prevalência e da duração da amamentação exclusiva e total (BRASIL, 2008, p. 20-21).

Esta política de Saúde foi desenvolvida baseada no recém-nascido termo, portanto, muitas vezes, ela não contempla o prematuro, que possui uma evolução diferenciada, mas a conscientização da equipe de saúde para o aleitamento materno exclusivo favorece esta prática.

2.3 DESENVOLVIMENTO MOTOR NO PREMATURO

O desenvolvimento motor é um processo de mudança no comportamento motor o qual está relacionado com a idade do indivíduo. É também um processo de mudanças complexas e interligadas das quais participam todos os aspectos de crescimento e maturação dos aparelhos e sistemas do organismo, que são dependentes dos aspectos biológicos, do comportamento e do ambiente e não apenas da maturação do Sistema Nervoso (CASTRO, 2005). Deste modo, por meio de sua relação com o meio, o sistema nervoso central se mantém em constante evolução, em um processo de aprendizagem que permite sua melhor adaptação ao meio em que vive (OLIVEIRA; FRANCO 2006). O meio ambiente, a quantidade e a qualidade dos estímulos recebidos interferem nesta evolução, o desenvolvimento acontece de acordo com a maturação do sistema nervoso associada às experiências vividas.

Para Pinto et al. (2008) um bom desenvolvimento motor repercute na vida futura da criança nos aspectos sociais, intelectuais e culturais; ao apresentar alguma dificuldade motora a criança foge do meio que não domina, conseqüentemente, deixa de realizar, ou realiza com pouca frequência, determinadas atividades. O autor também relata que a criança adquire maior independência física no primeiro ano de vida, evoluindo de impotente para competente nas atividades motoras. O desenvolvimento está relacionado com a aquisição de conhecimentos. As áreas a serem estimuladas em uma criança estão relacionadas entre si, é o fato de que crianças que tenham bom desenvolvimento motor poderão movimentar-se mais, encontrar novas experiências, o que leva a maior contribuição de dados para seu intelecto (PERIN, 2010). Principalmente no primeiro ano de vida, quando há a maior evolução do desenvolvimento.

Diversos fatores podem colocar em risco o curso normal do desenvolvimento de uma criança. Definem-se como fatores de risco uma série de condições biológicas ou ambientais que aumentam a probabilidade de déficits no desenvolvimento neuropsicomotor da criança (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003). Dentre as principais causas de atraso motor podemos citar: baixo peso ao nascer, distúrbios cardiovasculares, respiratórios e neurológicos, infecções, desnutrição, baixas condições socioeconômicas, nível educacional precário dos pais e prematuridade (HALPERN et al., 2000). Quanto menor for a idade gestacional maior o risco de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

A família tem um papel fundamental, podendo potencializar o desenvolvimento, amenizar os efeitos das lesões pós-natais ou, ao contrário, exercer um efeito devastador, como no caso de negligência e maus tratos (SILVA, 2002). A falta de informação e treinamento da família de qual a melhor forma de estimular o bebê também pode afetar negativamente o desenvolvimento.

Para Mellier (1999), a prematuridade constitui uma situação excepcional tanto para a criança como para seus pais, pois implica no aumento de diversos fatores de vulnerabilidade frente aos distúrbios de desenvolvimento, que devem ser compreendidos a partir de uma múltipla influência biológica, ambiental e social. A prematuridade e o baixo peso ao nascimento caracterizam-se como fatores de risco biológico para o desenvolvimento típico infantil, aumentando a probabilidade para problemas em diversas áreas e fases evolutivas (CHAUDHARI et al., 1991). Os pais têm a tendência de super proteção ao prematuro facilitando suas atividades e também ficam inseguros de machucar seus filhos, privando –os de importantes estímulos e atrasando sua independência.

Segundo Nicolau et al. (2011), o tempo de internação em UTIN também deve ser considerado como um dos possíveis fatores de risco para atraso do desenvolvimento. A condição de alto risco engloba a presença de fatores biológicos e sociais que podem ocorrer no período pré, peri e/ou pós-natal, juntamente com idade gestacional e peso de nascimento proporcionando uma maior probabilidade ao recém-nascido de manifestar déficits em seu desenvolvimento, podendo resultar em atraso neuropsicomotor, com alterações na aquisição de habilidades motoras, cognitivas e psicossociais, gerando uma influência do processo neuromaturacional na aquisição de habilidades funcionais (NICOLAU et al., 2011).

As crianças com movimentos gerais anormais ou ausentes nas primeiras semanas de vida apresentam alta incidência de um exame neurológico anormal aos dois anos de idade (FORMIGA; LINHARES, 2009). No primeiro ano de vida, deve-se dar uma atenção especial à evolução motora do prematuro, com avaliação dos tônus passivo, postura, mobilidade ativa

e força muscular (RUGOLO, 2005), a fim de proporcionar suporte ao seu crescimento com qualidade de vida. Nesta fase o bebê adquire centenas de novas experiências e a privação deste contato pode acarretar danos até a vida adulta. O impacto das aquisições motoras no prognóstico do desenvolvimento global da criança é de grande importância em termos preventivos nesta faixa etária assim como a evolução linguística característica do segundo ano de vida justifica o acompanhamento evolutivo nesta faixa etária (SILVA; BRUSAMARELLO; ROSA NETO, 2009).

Segundo Nicolau et al. (2011) é importante monitorar o desenvolvimento desses recém-nascidos, de forma a detectar precocemente possíveis desvios para intervir, prevenir ou minimizar sequelas. Existem evidências suficientes de que quanto mais precoce for o diagnóstico de atraso e intervenção, menor será o impacto desses problemas na vida futura da criança. Uma intervenção adequada, realizada antes que anormalidades de postura e movimentos sejam instaladas pode prevenir lesões futuras. Resegue, Puccini e Silva (2007) destacam que os avanços científicos apontam a plasticidade do cérebro humano, que é mais acentuada nos primeiros anos de vida e susceptível a estímulos. Tais avanços reforçam a possibilidade de evolução de crianças com prognóstico de alterações no desenvolvimento que tem sido otimizada pelo diagnóstico e pela intervenção precoce.

O acompanhamento longitudinal do desenvolvimento das crianças também mostrou relação com melhores indicadores deste, na medida em que se pode detectar precocemente problemas e oferecer orientações promotoras para seu progresso (LINHARES et al., 2003).

Os primeiros meses de vida constituem-se momentos primordiais para o acompanhamento do desenvolvimento do bebê, considerando que a relação estímulo/desenvolvimento são diretamente proporcionais, pois se há níveis mínimos de estimulação haverá níveis mínimos de desenvolvimento. Assim, faz-se necessário proporcionar experiências ricas e variadas nos aspectos cognitivo, afetivo e social do desenvolvimento dos bebês prematuros (MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007). Ao ver seu filho pequeno e frágil seus pais tentam preservá-lo de qualquer risco ou desgaste físico impedindo de adquirir novas experiências e avanços no seu desenvolvimento.

Segundo as Diretrizes sobre estimulação precoce, que significa o conjunto de atividades e de recursos humanos e ambientais incentivadores destinados a proporcionar a criança, nos seus primeiros anos de vida, experiências significativas para alcançar pleno desenvolvimento no seu processo evolutivo (BRASIL, 1995).

O objetivo da estimulação precoce é facilitar o desenvolvimento harmonioso de todas as funções do sistema nervoso nas crianças normais. Em contrapartida, o objetivo do

tratamento por estimulação precoce é inibir e corrigir o desenvolvimento anormal das funções do sistema nervoso na criança deficiente, com lesão no sistema nervoso ou dos seus órgãos sensoriais receptores (BRANDÃO, 1992). As repetições de movimentos anormais podem levar a deformidades de estruturas anatômicas e sequelas motoras irreversíveis. A finalidade da estimulação precoce é não permitir a instalação destas deformidades e favorecer o desenvolvimento normal.

Para Albanus (2004), o objetivo do tratamento precoce é transmitir e integrar a maior quantidade possível de experiências sensorio-motoras normais, de maneira ativa, antes que os padrões de movimentos anormais tornem-se habituais. Existem evidências suficientes de que quanto mais precoce for o diagnóstico de atraso no desenvolvimento e a intervenção, menor será o impacto desses problemas na vida futura da criança (HALPERN et al., 2000). A estimulação deve ser realizada de forma preventiva e o bebê encaminhado para um centro específico se for verificada alguma deficiência para acompanhamento especializado. O estímulo desenvolve e potencializa por meio de jogos, exercícios, atividades, técnicas e outros recursos às atividades do cérebro das crianças, beneficiando seu lado intelectual, físico e afetivo. Uma criança bem estimulada aproveitará sua capacidade de aprendizagem e de adaptação ao seu meio, de uma forma simples, intensa e rápida (PERIN, 2010). Esta estimulação é realizada de várias formas e finalidades, abordando o campo visual, auditivo, sensitivo, motor, vestibular. A água também pode ser utilizada, quando em temperatura ideal, a hidroterapia se torna um meio de estimulação agradável e eficaz.

Importante salientar que o período prolongado em ambiente hospitalar e os procedimentos médicos aos quais a criança prematura pode ter sido submetida no início da vida, também podem influir negativamente sobre suas integrações sensoriais e afetar o desenvolvimento do seu comportamento, inclusive a sua estruturação cognitiva (PADOVANI et al., 2004). No meio hospitalar há luminosidade excessiva e muito ruídos e o bebê recebe estímulos dolorosos com frequência como a coleta de exames, administração de medicamentos endovenosos e intramuscular, além de procedimentos médicos desencadeando uma aversão ao toque.

De acordo com Braz (1999), a intervenção precoce apresenta bons resultados, mas na prática, muitos bebês são encaminhados tardiamente às instituições, geralmente apresentando algum tipo de deficiência, tornando a intervenção mais restrita em não poder alcançar o objetivo de prevenir alterações patológicas no desenvolvimento. A estimulação tem melhor resultado em crianças sem deformidades instaladas, o tratamento é mais rápido e efetivo.

O estímulo e adaptabilidade do cérebro à capacidade de aprendizagem, é uma forma de orientação do potencial e das capacidades dos pequenos, que quando estimulados abre-se um leque de oportunidades e experiências que os fará explorar, adquirir habilidades e entender o que ocorre ao seu redor (PERIN, 2010).

Segundo Fraga et al. (2008), o nível de escolaridade das mães associa-se com maior variedade de estimulação com seus prematuros, portanto, quanto maior o nível de escolaridade materno, melhor o desenvolvimento das crianças. Outro dado encontrado é que quanto mais jovem a cuidadora, pior é o desenvolvimento do bebê. Essa associação pode estar relacionada tanto ao risco biológico da gravidez precoce para o desenvolvimento do bebê quanto à interação da mãe mais jovem com seu filho. Crianças que apresentam atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor não necessariamente são portadoras de anormalidades patológicas. O acompanhamento evolutivo cuidadoso pode eliminar qualquer dúvida em relação à normalidade do desenvolvimento (BREDARIOL, 1999).

Michaud (2006) confirma os achados em outros estudos que a intervenção fisioterapêutica associada ao treinamento dos pais geram resultados mais favoráveis no desenvolvimento motor do que a intervenção fisioterapêutica sem a orientação dos pais. Bradley et al. (1994) dizem que os efeitos positivos da intervenção sobre o desenvolvimento da criança pareciam, até certo ponto, ser mediados pelo ambiente familiar. Os pais permanecem mais tempo com os filhos e podem intervir nos movimentos anormais e incentivar os normais com maior frequência, mantendo uma estimulação constante e portanto mais fácil da criança fixar o movimento correto.

Conforme Mota, Sá e Frota (2005), a criança necessita passar mais tempo em um ambiente favorável, rico em estímulos apropriados à sua idade, para se desenvolver bem, podendo apresentar melhora nos padrões de sono, estabilidade dos estados de consciência e posturas adequadas favorecendo a sua estabilidade fisiológica. Para Rugolo (2005), a boa qualidade do lar, representada pela estabilidade emocional da família e participação ativa dos pais, pode melhorar o desempenho da criança e proporcionar-lhe boa qualidade de vida.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, pois investiga as dimensões de um fenômeno, a maneira pela qual ele se manifesta e outros fatores com os quais ele se relaciona (HUNGLER; BECK; POLIT, 2004). Para Turato (2013) fenômeno refere-se ao que se mostra, isto é, ao que se revela. Para a construção das bases teóricas para o estudo, utilizamos a pesquisa bibliográfica, onde buscamos referências teóricas publicadas em obras de autores estudiosos do tema abordado, bem como artigos científicos referentes ao assunto.

A abordagem qualitativa se fez necessária, em virtude de que o universo trabalhado era de expectativas, significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa constitui um significativo avanço para ciências humanas e preencheu um espaço que o modelo quantitativo não alcançava: “o espaço da interlocução com o humano, o espaço de busca dos significados que estão subjacentes ao dado objetivo, o espaço de reconstrução de uma ideia mais abrangente do que é empírico, um espaço de construção de novos paradigmas para as ciências humanas e sociais” (HOLANDA, 2002, p. 156).

Quando se visa compreender o significado que os acontecimentos e interações têm para os indivíduos, em situações particulares, utiliza-se a pesquisa qualitativa (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005).

Segundo Minayo (2010), uma pesquisa qualitativa passa por três fases: fase exploratória, na qual aprofunda o objeto de estudo e se delimita a investigação; fase de coleta de dados, em que se escolhem informações que respondam ao problema e fase de análise de dados, na qual se interpreta os dados coletados.

Como estratégia da pesquisa foi escolhida o estudo de caso, organizado em torno de um pequeno número de questões que se referem ao como e ao porquê da investigação, sem qualquer interferência do investigador. Trata-se de uma abordagem especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores.

Para Coutinho e Chaves (2002), a característica que melhor identifica e distingue esta abordagem metodológica é o fato de se tratar de um plano de investigação que envolve o

estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida: o “caso”. Quase tudo pode ser um “caso”: um indivíduo, um personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou mesmo uma nação.

O estudo de caso é dividido em três tipos, sendo o estudo de caso intrínseco, que é quando o investigador pretende uma melhor compreensão de um caso particular; estudo de caso instrumental, quando um caso é examinado para fornecer introspecção sobre um assunto, para refinar uma teoria, para proporcionar conhecimento sobre algo que não, exclusivamente, o caso em si; e o coletivo, quando o caso instrumental estende-se a vários casos, para possibilitar, pela comparação, conhecimento mais profundo sobre o fenômeno, população ou condição (STAKE, 1995). Neste trabalho usamos o estudo de caso coletivo.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em Passos, cidade situada no sudoeste de Minas Gerais com aproximadamente 110.000 habitantes, próxima às margens do Rio Grande. É a cidade-pólo do Circuito Turístico Nascentes das Gerais, onde se concentra o turismo religioso acentuado com estilos variados de arquitetura, compras diversificadas, com destaque na indústria confeccionista e mobiliária. Além de atuar como centro político-administrativo, por sediar órgãos do governo estadual e representações de órgãos e entidades federais, Passos é referência em educação devido ao campus FESP/UEMG e aos diversos cursos técnicos que atraem milhares de alunos. A cidade possui um pronto socorro e dois hospitais, sendo um particular e outro filantrópico, que atendem toda a região.

A Santa Casa de Misericórdia de Passos é um hospital regional de caráter filantrópico que presta serviços à população do sudoeste de Minas Gerais e atende 70% dos seus pacientes pelo Sistema Único de Saúde. Foi a primeira Santa Casa do Brasil a conquistar o título de Hospital Acreditado (Nível I) pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e também pioneira em conquistar o nível de Acreditado Pleno – Nível II pela ONA. No dia 18 de março de 2014 conquistou o título de Acreditado em Excelência-Nível III. Possui o título de Hospital Amigo da Criança – UNICEF- Ministério da Saúde, Maternidade Participante do programa Nacional de Humanização do Parto, Hospital Sentinela pela ANVISA, entre outros títulos.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e pediátrica da Santa Casa de Passos é composta por dezesseis leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica, credenciados no Sistema Único de Saúde (SUS) e quatro leitos na Unidade Canguru, onde os

bebês prematuros ficam, após estabilização clínica, para ganharem peso e preparar as mães para a alta hospitalar, as quais participam, também, do Método Mãe Canguru.

O Programa Materno Infantil da Santa Casa de Misericórdia de Passos - PROMAI criado em 1998, a fim de desenvolver um trabalho multidisciplinar comprometido em alcançar um alto nível de qualidade em saúde no binômio mãe-filho. Atualmente, o PROMAI trabalha em quatro módulos: Pré-Natal, Aleitamento Materno, Saúde da Criança e Saúde da Mulher. O objetivo do programa é desenvolver ações multidisciplinares integradas e articuladas com a rede de atendimento do SUS, que visam à redução da taxa de mortalidade do binômio mãe-filho, bem como proporcionam melhorias na qualidade de vida da mulher e da criança. Em 2013, foram realizados 8.464 atendimentos e 113 palestras educativas neste ambulatório, para atender a esses objetivos.

Após alta hospitalar todos os bebês prematuros podem ser acompanhados, neste ambulatório, até os dois anos de idade, periodicamente, por uma equipe multidisciplinar, composta de médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo e assistente social.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Em um levantamento estatístico por meio do livro de registros, dos anos 2012 e 2013 na UTI Neonatal foi verificada a internação de 263 prematuros neste setor. Em um primeiro estudo destes prontuários eletrônicos foram encontradas e excluídas vinte e oito mães atendidas por algum outro plano de saúde, também, outras dez mães de gemelares, duas mães de bebês cardiopatas, cinco de bebês com má-formação, oito mães de filhos asfixiados e quatro bebês que foram para uma família provisória. Nesse processo de exclusão também se encontram as mães de trinta e nove prematuros que foram a óbito. Como um dos critérios de inclusão eram as primigestas, 102 mães foram excluídas, por não apresentarem essas características. Para averiguar a clareza do roteiro e se as questões respondiam ao objetivo inicial do estudo foi realizado um plano piloto com três mães que não participaram do trabalho, mas que possuíam características semelhantes à população que fez parte da pesquisa.

O projeto piloto visa verificar se o nível das questões elaboradas, são de fácil entendimento, não gerando dúvidas, bem como duplicidade de interpretações, para a resposta dos sujeitos.

A Constituição do Brasil de 1988 incorpora como prioridade a proteção dos direitos da criança e do adolescente e o atendimento de suas necessidades básicas. Assim, em 13 de julho de 1990 foi promulgada a lei nº 8069 que regulamenta o Estatuto da Criança e do

Adolescente e dispõe, no seu Artigo 12, que (...) "os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças e adolescentes" (BRASIL, 1991, p. 16).

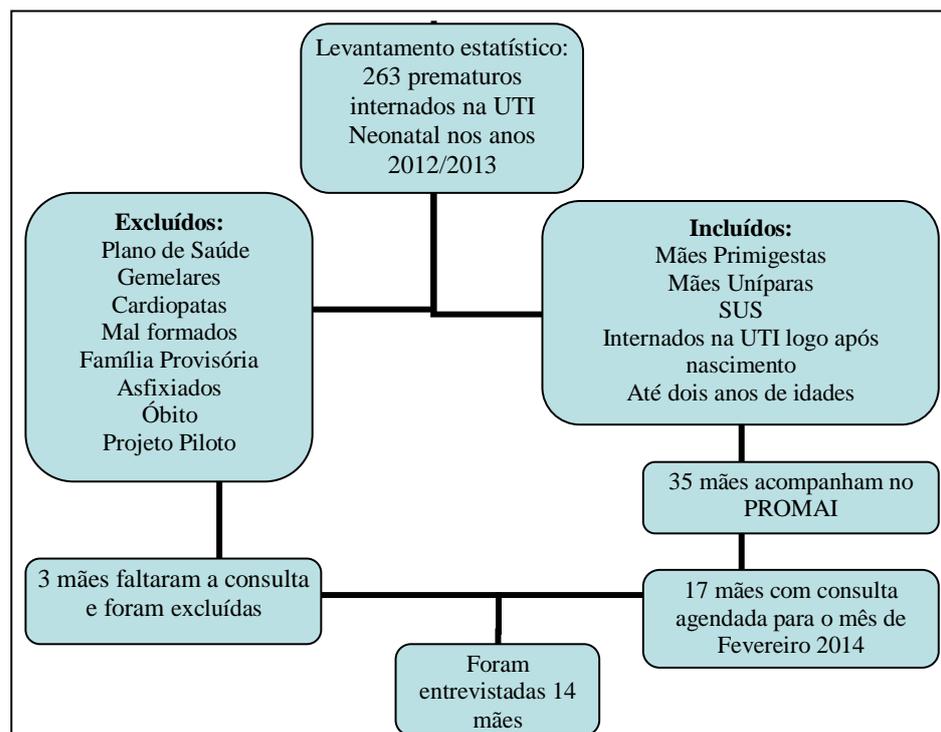
Na unidade Canguru da UTI Neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Passos, quando o prematuro já está estável e sua alta preparada, prioriza-se a permanência constante das mães, estimulando a amamentação de livre demanda e evitando o constrangimento de outras mães, pela permanência de um homem no setor, durante a amamentação. Por serem as mães as acompanhantes constantes, que recebem todo treinamento e orientações da equipe técnica do ambulatório, elas foram as escolhidas como sujeitos para participarem do estudo.

Realizamos, na presente pesquisa, um estudo de caso coletivo com amostra não probabilística, por conveniência ou acessibilidade. A unidade amostral, nesse caso, pode ser de voluntários ou selecionados por causa de seu fácil acesso ao pesquisador. (KINNEAR; TAYLOR, 1979) Esta última condição permeou a pesquisa.

A amostragem escolhida foi por variedade de tipos, e o processo de seleção de sujeitos escolhidos, deu-se segundo o arbítrio e interesse científico do pesquisador, incluídos e reunidos pelo critério da homogeneidade fundamental ao estudo (TURATO, 2013).

O fluxograma abaixo evidencia como foi realizado o processo para selecionar a amostra, quais mães foram incluídas e excluídas da pesquisa.

Quadro I- Fluxograma das participantes incluídas e excluídas da pesquisa:



Fonte: Autora

Das mães incluídas no projeto, trinta e cinco ainda comparecem, atualmente, ao ambulatório PROMAI, para acompanhamento, porém apenas dezessete tinham alguma consulta marcada para o mês de fevereiro de 2014, período referente à pesquisa. Das dezessete mães que foram incluídas no estudo, três faltaram à consulta, portanto, apenas quatorze mães passaram pela entrevista.

3.3.1 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

O critério de inclusão contemplou as mães cujos bebês tinham consulta agendada no ambulatório Materno Infantil, entre os dias primeiro a vinte e oito de fevereiro de 2014. A escolha deste período deu-se em função da liberação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética e o prazo para a entrega deste estudo. As mães deveriam ser primigestas, uníparas, com os filhos prematuros internados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, logo após o nascimento e acompanhados pelo ambulatório do Programa da mesma unidade de saúde, há menos de dois anos, pois este é o tempo de acompanhamento das crianças no PROMAI.

3.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas do trabalho as mães que não conseguiram responder às questões do roteiro da entrevista, usuárias de droga ou álcool e que perderam a guarda dos seus bebês, bem como as mães que tiveram filhos com alguma má formação, cardiopatia ou o índice de apgar entre zero a quatro no quinto minuto, pois há uma diferença nos cuidados realizados com estes bebês.

Um dos prematuros evoluiu em casa, com um grau leve de hidrocefalia, porém, sua mãe não foi excluída da amostragem da pesquisa porque o mesmo não apresentou nenhum sinal de seqüela neurológica e não necessitou de diferenciação nos seus cuidados, em casa.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A entrevista semi-estruturada foi utilizada por permitir maior interação entre pesquisador e sujeito do estudo, além de possibilitar a percepção de sentimentos, emoções e valores. Para Manzini (1991, p. 154), “a entrevista semi-estruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas

por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista”. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

As questões abordadas neste estudo (vide APÊNDICE I) visaram captar quais as dificuldades das mães ao cuidar de seu filho prematuro e os sentimentos envolvidos nessa relação.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em ambiente ambulatorial do programa materno infantil da Santa Casa de Misericórdia de Passos (PROMAI), onde estes pacientes já são acompanhados, de acordo com a rotina deste hospital. A pesquisadora, por prestar atendimento na UTI Neonatal desta instituição, buscou realizar a captação das falas dos sujeitos neste ambulatório, como forma de facilitar o processo de coleta, bem como preservar o ambiente real, já conhecido pelas mães, promovendo maior naturalidade para a expressão de seus sentimentos e emoções.

Os dados desta investigação científica foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada que após autorização das mães, foi gravada por um gravador de voz digital e transcritas na íntegra.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

O método fenomenológico, escolhido para análise dos dados, se caracteriza por deixar o fenômeno falar por si, objetivando alcançar o sentido da experiência, ou seja, o que este saber significa para as pessoas que o tiveram e que, portanto, estão aptas a dar uma descrição compreensiva do que representa o fenômeno. Dessas descrições individuais, dos significados gerais ou universais são derivadas as “essências” ou estruturas das experiências (HOLANDA, 2006).

A fenomenologia pensada por Husserl (1986) é um retorno ao mundo vivido, àquele onde as experiências são o cerne de todas as ciências. Para o filósofo a fenomenologia, busca descrever o fenômeno, e não explicá-lo ou buscar relações causais, tem como objetivo verificar as coisas da forma como elas se manifestam. Isso significa que, antes da realidade objetiva, há um sujeito que a vivencia; à objetividade precede um mundo pré-dado, e, anteriormente a todo conhecimento, há uma vida que o fundamentou.

Dessa forma, a tarefa do pesquisador é buscar a essência por meio da análise das vivências intencionais da consciência, para apreender como se produz o sentido do fenômeno.

Assim também Creswell (1998), define o método fenomenológico é a descrição das experiências vividas por vários sujeitos sobre um conceito ou fenômeno, buscando a estrutura essencial ou os elementos invariantes do fenômeno, ou seja, seu significado central. Nas pesquisas fenomenológicas, com procedimentos qualitativos, opera-se em geral com categorias. Categoria refere-se a uma palavra ou um conceito que em geral, liga-se à ideia de classe ou série; são empregadas para estabelecer classificações. Trabalhar com categorias, então, significa agrupar elementos, ideias, expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. (SOUZA, 2001).

As categorias se caracterizam como os conceitos mais importantes dentro de uma teoria. Sua análise funciona por operações de desmembramento do texto em unidades e em categorias para reagrupamento analítico posterior, e comporta dois momentos: o inventário ou isolamento dos elementos e a classificação ou organização das mensagens a partir dos elementos repartidos (SOUZA JUNIOR; MELO; SANTIAGO, 2010).

Para Minayo (2010), as categorias analíticas são aquelas que retêm as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. Cuidado domiciliar, desenvolvimento motor do prematuro e aleitamento materno foram as categorias analíticas estabelecidas para este estudo. Elas foram selecionadas a partir da revisão de literatura e do aprofundamento acerca da temática, possibilitando a classificação de ideias, assim como citado pelos autores acima. Não houve nenhum acréscimo de categorias empíricas uma vez que não surgiram ao longo da pesquisa, nenhum outro conceito ou palavra que delimitasse mais algum dos pilares para a reflexão conceitual acerca do objeto de estudo. As categorias empíricas são aquelas construídas com finalidade operacional e visa ao trabalho de campo ou a partir do trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica (MINAYO, 2010).

Para a análise dos dados realizou-se a transcrição das entrevistas e uma leitura exaustiva e minuciosa a fim de determinar as unidades de registros, podendo ser frases ou palavras-chave que aparecem frequentemente nos depoimentos. Após esta leitura com a fragmentação do texto e sua agregação por conceitos confirmaram-se as categorias: “A dificuldade de lidar com a prematuridade”, “As dificuldades das mães de prematuros na amamentação”, “A estimulação dos bebês prematuros em casa”. A análise dos dados realizou-

se por meio das falas dos sujeitos entrevistados e estas se situaram nas categorias de acordo com a aproximação do significado revelado.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa, com relação aos aspectos éticos, foi levada em consideração a prática iniciada no Brasil em 2012, por meio da Resolução 466/3012 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

A investigação científica foi iniciada somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNAERP (CEP), pelo parecer número 515.416 e aquiescência das mães que consentiram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento livre e esclarecido (Apêndice II). Uma cópia deste documento foi entregue a cada participante, descrevendo os objetivos da investigação científica e como ela seria realizada. Não houve nenhuma situação de risco para as participantes durante o estudo e o anonimato foi garantido às entrevistadas. Para a proteção da identidade real das participantes, utilizamos as iniciais de seus nomes, para identificá-las.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas quatorze mães que durante o estudo, tinham idades entre 18 a 36 anos. A idade gestacional, de seus filhos, ao nascimento era entre 26 a 34 semanas e a idade cronológica, no momento das entrevistas, era entre dois meses a um ano e dez meses. O tempo médio de internação foi de 33,8 dias, variando entre nove e 75 dias.

A caracterização das mães, participantes da investigação científica, realizada no ambulatório Programa Materno Infantil da Santa Casa de Misericórdia de Passos está ilustrada por meio do quadro II, onde se encontram registrados a identificação fictícia por meio das iniciais de seus nomes, no intuito de preservar o seu anonimato. Também se encontram as idades de cada uma, bem como as idades gestacionais, idade dos filhos e tempo de internação dos prematuros.

Quadro II: Caracterização dos, participantes da pesquisa realizada no ambulatório Materno Infantil da Santa Casa de Passos em fevereiro de 2014.

Participantes	Idade da Mãe	Idade Gestacional	Idade do Filho	Tempo Internação
A.G.A.	21 anos	31 semanas	1 ano e 2 meses	28 dias
A.A.S	36 anos	31 semanas	4 meses	23 dias
B.J.S.	21 anos	28 semanas	1 ano e 8 meses	48 dias
D.A.O.	31 anos	30 semanas	11 meses	51 dias
F.A.R	27 anos	34 semanas	4 meses	13 dias
I.M.F.	27 anos	29 semanas	3 meses	70 dias
K.S.C.	25 anos	31 semanas	4 meses	14 dias
J.P.L.	29 anos	26 semanas	1 ano e 9 meses	75 dias
L.A.F.	26 anos	34 semanas	1 ano e 10 meses	9 dias
P.R.M.	18 anos	31 semanas	8 meses	40 dias
R.C.B.	26 anos	31 semanas	9 meses	30 dias
R.C.R.	32 anos	33 semanas	2 meses	21 dias
S.M.V.	18 anos	32 semanas	2 meses	22 dias
T.A.M.	18 anos	30 semanas	2 meses	30 dias

Fonte: Autora

4.2 CATEGORIAS

Após estudo das entrevistas semi-estruturadas, analisando, fragmentando e agregando conceitos evidenciamos que as principais dificuldades das mães estavam em como lidar com a prematuridade, como cuidar do bebê em casa, como manter a amamentação e como estimular essas crianças, ratificando, assim, as categorias analíticas estabelecidas para o estudo: “A dificuldade de lidar com a prematuridade”, “As dificuldades das mães de prematuros na amamentação”, “A estimulação dos bebês prematuros em casa”.

4.2.1 AS DIFICULDADES DE LIDAR COM A PREMATURIDADE

A maioria das mães de prematuros, em princípio, relatou não ter tido dificuldades para cuidar do seu bebê em casa. Do mesmo modo, um estudo de Soares (2006) quando as mães foram questionadas para o cuidado, todas negaram dificuldades no primeiro momento, mas estas foram observadas no transcorrer dos acompanhamentos. Entende-se que ao assumir as dificuldades elas estariam expondo para avaliação sua incompetência materna.

Todas as mães relatam ter recebido orientações referentes aos cuidados. Essas informações foram dadas por enfermeiras, médicos, equipe multiprofissional em ambiente hospitalar e, em alguns casos, em ambiente ambulatorial também. Em geral, culturalmente, é a mãe que assume o papel principal de cuidador do bebê tanto durante a internação quanto no domicílio (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009). Dessa forma, a mãe destaca-se como a personagem central e foco do processo de ensino-aprendizagem do cuidado. Percebe-se, que quando a mãe recebe orientações consistentes durante a internação do bebê, o processo de adaptação para realização do cuidado no domicílio torna-se mais ameno (SCHMIDT; HIGARASHI, 2011).

Assim como neste estudo, um trabalho realizado por Costa et al. (2009), com a participação de cinco famílias de recém-nascidos prematuros, que vivenciaram a intervenção do bebê na UTIN mostra que a oportunidade de observarem a equipe de enfermagem prestar cuidados e a inserção delas nestes cuidados foi essencial para o cuidado domiciliar. Essas mães avaliaram que se não tivessem tido a oportunidade desse aprendizado, não estariam conseguindo cuidar tão bem dos seus bebês. Inúmeros estudos mostram a importância da presença dos pais na UTI Neonatal e da participação deles nos cuidados com o filho hospitalizado, não só para o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho, mas também para a

redução do estresse causado pela hospitalização e no preparo para o cuidado à saúde no domicílio (DIAZ, 1992; BOWLBY, 1995; GAIVA, 2005).

Na UTIN todas as mães recebem treinamento e são orientadas diariamente como devem realizar o cuidado domiciliar. Elas são acompanhadas nos cuidados realizados com seus filhos principalmente pelas técnicas de enfermagem, mas toda a equipe é envolvida neste processo. Na alta hospitalar as orientações são reforçadas pelo médico e enfermeira e se necessário pela fonoaudióloga e fisioterapeuta.

No presente trabalho, as mães também relataram a importância de receber estas orientações e participar dos cuidados com seu bebê no hospital, treinando-se para o cuidado domiciliar. FASR quando questionada acerca do assunto mencionou:

“... no início nenhuma (dificuldade), porque as meninas lá da UTI me auxiliaram muito bem, então eu não tive dificuldade em casa, não. Foi bem tranquilo...”

Assim também JPBL relatou:

“Fui orientada aqui na UTI NEO como a gente cuidava, fui treinada a cuidar dela. Fiquei um mês e meio com ela aprendendo a cuidar. O que deve fazer o que não deveria fazer. Fui bem orientada. Por toda a equipe.” (JPBL).

KSTC por sua vez disse:

“Recebi orientação da enfermeira no dia que eu saí do hospital. Eu fui aprendendo nos quatorze dias eu fiquei aqui, né? Isso foi muito importante para mim, se eu não tivesse ficado o quatorze dias aqui com ele tinha passado bastante apuro.”

RCR e SMSV também expressaram a mesma opinião.

“Não encontrei nenhuma dificuldade, porque aqui eu aprendi muito, então não tive nenhuma dificuldade... senão eu tinha muita dificuldade em tudo praticamente, mas como eu aprendi muita coisa, então não tive...” (RCR).

“Para te falar a verdade, em casa eu não tive nenhuma dificuldade em realizar porque aprendi tudo na UTI. Uma semana que eu fiquei junto com ela lá eu aprendi tudo. Não tive dificuldade, foi muito bom para mim, porque eu não saberia dar o banho que eu sei dar nela, não saberia cuidar dela como eu sei, então eu acho que eu aprendi tudo lá (UTI)... Eu não tive dificuldade em casa, não.” (SMSV).

“... (recebeu orientação) dos médicos, da UTI, dos enfermeiros, das técnicas, todo mundo me orientou super bem, o que pode, o que não pode; o que é bom, o que não é bom...” (SMSV)

Segundo Tronco et al. (2005), a presença da mãe na unidade neonatal não deve ser somente permitida ou tolerada, mas também valorizada pela equipe como importante para manutenção dos cuidados à criança pós-alta. O acompanhar da mãe na internação é importante para que se sintam mais seguras em cuidar do seu bebê, perder o medo e aprender meio mais fáceis de cuidar.

Para Schimidt e Higarashi (2012) o foco do cuidado envolve, também, o suporte adequado aos pais no enfrentamento e na elaboração da situação de estresse, fator fundamental para garantir que a alta hospitalar seja um momento especial e não uma ocasião repleta de inseguranças, informações fragmentadas e contradições.

O ver, tocar e ajudar a cuidar do filho alivia em parte a angústia e a insegurança. Daí a necessidade de ensinar e estimular as mães para o cuidado do bebê prematuro hospitalizado tornando-as participativas e responsáveis pelo desenvolvimento saudável do seu filho (SCOCHI et al., 2003; THOMAZ, 2005; ANDRADE et al., 2013).

Na UTIN as mães têm acesso livre e são estimuladas a participarem dos cuidados com seus bebês. Os pais podem visitar seus filhos diariamente, em diversos horários, mas não compartilham de seus cuidados, podem, apenas, realizar o método canguru para estreitar o vínculo afetivo com o bebê. Os demais familiares possuem um horário de visita semanal e não podem tocar nos prematuros. Apesar dos pais e demais familiares não auxiliariam nos cuidados das crianças na UTIN, o estudo evidenciou que em casa, apenas três mães realizavam os cuidados com seus filhos, sozinhas, as demais contavam com apoio da família, seja da mãe ou do marido, como mostram os relatos abaixo, após o questionamento a respeito da ajuda para cuidar do filho.

“Tive da minha mãe. Da minha mãe, da minha irmã, da família mesmo” (LAF).

“Tive, da minha mãe, da minha prima, a maioria dos meus familiares me ajudou” (DAPO).

“Tinha minha mãe, minha família toda” (PRM).

“Tive da minha mãe e dele, meu marido” (AGA).

Como afirmado por LAF, DAPO, PRM e AGA a mãe é tida como o principal apoio em conjunto com a família, para realizar os cuidados com os bebês.

Apenas IMF mencionou o pai do bebê como ajudante, o que conseguimos detectar por sua fala.

“... Só o pai ajuda...”

Para Simioni e Geib (2008), o apoio social envolve alguns aspectos como apoio afetivo e emocional, apoio material, apoio de informação e apoio para interação social. Em um estudo realizado com seis mães de recém-nascidos que ficaram internados pelo menos um mês em uma UTIN do Ceará, em 2.004, 2.005 mostrou em seus depoimentos o quanto é necessário o apoio da família ampliada (avôs, tios, cunhadas) nesse momento de fragilidade, o apoio daqueles em quem confiamos e com quem temos afetividade é um valioso suporte emocional (SOUSA; SILVA; GUIMARÃES, 2008). Uma estrutura familiar bem definida gera confiança, e conseqüentemente, mais tranquilidade para o cuidado (SOARES, 2010).

Algumas mães relataram que não receberam ajuda para cuidar do seu bebê, mas logo após mencionavam algum tipo de apoio familiar. Porém, mesmo quando há o auxílio da família e envolvimento nos cuidados, a principal cuidadora continua sendo a mãe (COSTA et al., 2009). Como mostra as falas de SMSV e RCR

“... ajuda, não, minha mãe tá ali, brinca com ela (bebê), mas o resto tudo sou eu... às vezes ela (avó) lava a roupa para mim...” (SMSV).

“Só eu mesmo, assim, minha irmã ia uma vez à semana, mas eu tive que me virar sozinha mesmo...” (RCR).

Duas mães relataram dificuldade em não ter ajuda para olhar seus filhos no período da noite. Um estudo realizado por Fonseca e Marcon (2011) diz que ao deixar o hospital, a mãe passa por um período de transição, saindo de um ambiente tecnológico com especialistas no cuidado do bebê para seu contexto de vida no domicílio. Em casa a mãe vivencia uma série de desafios para manter o bebê em boas condições de saúde, além de enfrentar intercorrências que vão desde alguns quadros leves, como, cólicas e secreção ocular, até outros mais graves que exigem inclusive internação. Neste estudo, as falas de RCB e TAOM mostram esta dificuldade:

“(A dificuldade) É à noite, porque lá no canguru tinha à noite gente para ajudar a gente, para ficar olhando pra gente dormir um pouquinho, lá (em casa) é só a gente, aí eu senti dificuldade... Fico com medo dele afogar a noite e a gente não vê.” (RCB).

“Foi, acho que na hora de dormir, é porque dá medo. Dá muito medo de deixar dormindo e sair. Sabe de dormir e acontecer alguma coisa” (TAOM).

O refluxo gastroesofágico apareceu neste estudo sempre ligado à preocupação com os vômitos e/ou regurgitações e com a preocupação da criança engasgar, sufocar. O ato de dar um remédio ou de colocar a criança para arrotar foram citados pelo mesmo medo. Apenas a possibilidade de reviver uma reinternação leva as mães a um processo de insegurança e angústia. AGA relata este medo:

“... ele deu refluxo, aí às vezes, a gente acabava de dar mamã e ele vomitava demais e engasgava, aí é difícil...”

JPBL, por sua vez, relatou o refluxo como uma dificuldade, porém a orientação médica sanou seu problema.

“... porque deu refluxo nela, aí ela passou a vomitar muito, passar muito mal. Nesta parte eu tive um embarço... Pedi orientação, fui orientada e comecei a fazer do jeito que o doutor pediu, mas no final acabou dando tudo certo.”

SMSV relatou o medo de seu bebê ter refluxo ou de vomitar e engasgar, porém não passou por esta experiência.

“... de todo jeito tem aquele medo, tipo, de ter refluxo, de vomitar e a gente não vê, de engasgar, é mais o medo mesmo...”

A fala de AAS mostra que os vômitos frequentes foram causa de preocupação:

“... na hora que ele mamou eu não podia trocar a fralda dele porque ele vomitava, eu esquecia e ele vomitava...”

Já para PRM e BJS a possibilidade do bebê engasgar foi relatada como principal medo:

“... ai sei lá, ficava com medo... toda vez que eu dava remédio, tem vez que ela engasgava.” (PRM).

“... na hora de por para arrotar, com medo de engasgar.” (BJS).

Em relação ao cuidado domiciliar do prematuro o banho foi o mais citado, devido à fragilidade e o tamanho do bebê. Para Souza Júnior, Melo e Santiago (2010) em um estudo realizado com 24 mães de prematuros após 30 dias da alta hospitalar, a associação da

prematuridade à fragilidade do filho prossegue mesmo depois de ter a possibilidade de cuidar do bebê no próprio domicílio. Para as mães, os prematuros são crianças pequenas, sob riscos constantes de adoecerem, e essa compreensão faz com que elas disponibilizem mais tempo para ajudá-los e protegê-los. No estudo realizado por Sousa, Silva e Guimarães (2008), o banho do bebê foi uma das dúvidas mais frequente.

O estudo de Tronco et al. (2010) mostra que o banho é uma das situações que desencadeia medo e insegurança aos pais no momento de prestar os cuidados ao bebê. Apesar de ter recebido informações, as mães sentem-se despreparadas para alguns cuidados. O fato de o bebê ser percebido pelos familiares como sensível e/ou muito pequeno também foi demonstrado como motivo de ansiedade e medo na hora de realizar os cuidados, principalmente nos primeiros dias em casa, quando a mãe não tem mais a presença da enfermeira e necessita realizar o cuidado sozinha.

Na UTIN os banhos dos recém-nascidos são realizados pelas enfermeiras e as mães começam a fazer parte deste cuidado na unidade canguru, quando o bebê está mais estável e sempre na presença de uma enfermeira especializada. Alguns bebês submetem-se à hidroterapia, sempre realizada por uma fisioterapeuta, com a mãe próxima, mas sem praticar esta ação. As mães relataram que ao se depararem com este tipo de cuidado, estando sozinhas, sentem-se inseguras. Isso demonstraram por meio de suas expressões, ao responderem às questões da entrevista.

“... O banho foi complicado também, foi fácil não, medo de escorregar... Foi o banho que eu tive dificuldade, agora também já passou...” (AAS).

“O cuidado? Assim, na hora do banho, né? Porque aqui tinha a enfermeira do lado, mas lá em casa, tava eu, na hora do banho, mas agora não tenho mais não... no comecinho foi o banho que eu ficava com medo de escorregar, cair na banheira, só no comecinho que eu fiquei com medo, agora não.” (RCR).

Como visto, AAS e RCR mostram ser o banho a principal dificuldade, principalmente pelo medo do bebê escorregar, ou mesmo cair na banheira.

Em seus estudos Tronco et al. (2010), relata ter entendido que o fato de o bebê ser percebido pelos familiares como sensível e/ou muito pequeno, é fator de ansiedade e medo. Confirmando os estudos do autor, a fala de PRM e AGA associam a dificuldade com o banho à fragilidade do prematuro:

“Dificuldade? Dar banho, é... era muito pequenininha, era muito pequena, não sabia dar banho”
(PRM).

“... para dar banho também dava medo, porque ele era pequenininho, né? Tem que ter mais cuidado”
(AGA).

KSTC citou o banho como uma dificuldade devido à falta de experiência durante o período de internação.

“A principal foi o banho, é porque como ele ficou internado muitos dias, mas foram as enfermeiras que deram o banho, aí quando eu cheguei em casa tive que fazer sozinha...”.

A troca de roupa apresentou-se como causa de medo devido à fragilidade do bebê. Estes ficam apenas de fralda na UTIN e, portanto, as mães não são treinadas para exercer esse tipo de cuidado. Na fala de AAS podemos observar essa questão:

“Dificuldade foi trocar a roupa dele porque na Neonatal ele só ficava de fraldinha, aí não tinha como por roupa. A dificuldade minha foi como ele era muito molinho, medo do braço, das costas, da cabecinha, eu demorava mais.”

A restrição de contato com outras pessoas, seguindo orientação médica, é usada pelas mães para limitar a exposição aos agentes infecciosos. (SILVA, 2011). Outros artigos mostram que as pessoas que visitam o recém-nascido no domicílio, geralmente, têm a iniciativa de pegar o bebê no colo. As mães identificam isso como perigo, pois acreditam que as pessoas trazem da rua germes causadores de doenças. Souza Júnior, Melo e Santiago (2010); Costa et al. (2009), Morais; Quirino e Almeida (2009) são alguns pesquisadores que também abordaram este tema. As mães tentam impedir a ação, ao limitar a manipulação dos bebês pelas visitas e tornam evidente a fragilidade deles. Este estudo também confirmou esta dificuldade relatada pela mãe FASR:

“... o cuidado assim, as pessoas não pegarem, ter que passar o álcool... esse tipo de cuidado que eu tive que ter com ela foi o mais difícil. Não por mim, pelas pessoas... todo mundo querer ter contato e as pessoas não entenderem isto... a restrição, na verdade”. (FASR)

4.2.2 AS DIFICULDADES DAS MÃES DE PREMATURO NA AMAMENTAÇÃO

Um estudo realizado por Silva (2011) mostra a falta de conteúdo relacionado com o aleitamento materno. A maioria das pesquisas que fizeram parte de sua amostra sugere que as

mães e seus bebês prematuros não estabelecem a amamentação em sua plenitude. Barros et al. (1984) já relataram a escassez de trabalhos na literatura que contemplam as dificuldades maternas para aleitar um prematuro. No geral, centram-se nos aspectos nutritivos e nas vantagens do leite humano para o bebê prematuro.

A efetivação do aleitamento do prematuro constitui, na prática, um desafio que sofre interferência de diversos fatores, como: dificuldade materna em manter a produção láctea durante o período de internação atribuível tanto às condições clínicas do bebê como ao estado físico e emocional da mãe; dúvidas em relação ao prognóstico do bebê (SILVA; SILVA, 2009), insegurança materna em relação ao ganho de peso do bebê quando em aleitamento materno exclusivo, além de fatores diretamente ligados à condição de imaturidade fisiológica e neurológica do prematuro (GORGULHO; PACHECO, 2008) como dormir por tempo prolongado, ter uma sucção débil ou atividade motora diminuída dificultam a alimentação do bebê.

Além disso, emergem outros obstáculos para a efetividade da amamentação exclusiva, como condutas inapropriadas e falta de habilidade dos profissionais de saúde; aspectos culturais; falta de confiança e baixa autoestima da mãe; falta de apoio e suporte familiar e comunitário; inserção da mulher no mercado de trabalho e promoção inapropriada de substitutos do leite materno (GIUGLIANI, 2005).

Para que a amamentação seja iniciada, não se pode esquecer que há a mãe envolvida nesse contexto, a qual teve um filho prematuro, internado numa UTI Neonatal, aflita, confusa e que precisou manter sua lactação, isso dependendo da orientação passada pelos profissionais envolvidos (BOMFIM; NASCIMENTO, 2007).

Um estudo realizado por Schimdt e Higarashi (2012) traz que embora as dificuldades sejam esperadas, é papel da equipe de saúde orientar adequadamente as mães quanto à importância do leite humano, principalmente em suas qualidades nutricionais, imunológicas, com impacto positivo desses fatores para a saúde e o desenvolvimento do prematuro. Serra e Scochi (2004) apontaram como fatores determinantes no sucesso da manutenção da lactação elementos como a segurança materna, o apoio da família e dos profissionais de saúde.

As mães dos bebês prematuros buscam colocar em prática as recomendações recebidas na tentativa de não cessar totalmente sua produção de leite, qualificando como ideal a produção necessária para suprir as necessidades alimentares do filho (SILVA; SILVA, 2009).

A UTIN da Santa Casa de Passos possui uma fonoaudióloga exclusiva do setor que acompanha as mães durante o processo de aprendizagem do prematuro na amamentação. O hospital participa da IHAC e, portanto, segue todos os passos descritos por esta Iniciativa.

Neste estudo algumas mães sentiram dificuldades para amamentar seus filhos. Seis não conseguiram amamentar, exclusivamente, com leite materno, até os seis meses de idade. A causa citada como mais importante foi a falta do leite, principalmente por motivo emocional e impossibilidade de sucção do recém-nascido pela instabilidade clínica como mostra a fala de JPBL:

“... o bebê não chegou a mamar. Por conta da sonda, ela mamou NAN. Não tive leite materno, por conta dela ser prematura, meu leite secou, como ela subiu para UTI, aí eu não tive leite...”

Já DAPO encontrou dificuldade para amamentar devido o formato de seu mamilo:

“... Mamadeira ele pegou de uma vez, só o peito que ele teve dificuldade... é porque meu peito é pequeno e não tem bico...” (DAPO).

Em um estudo realizado por Silva e Silva (2009), as mulheres inicialmente se empenham para manter a lactação, porém, com o decorrer do período de internação do bebê, observam que, mesmo seguindo as orientações recebidas para manutenção da lactação, não conseguem evitar a diminuição de sua produção láctea. O mesmo acontece com os sujeitos nesse estudo, como mostram as falas de AAS e LAF:

“... Foi bom, mas foi pouco, porque eu tive problema de pressão... aí foi um pouco emocional, aí foi até os dois meses e meio, porque aí meu leite aos poucos foi secando... Os dois meses e meio que ele mamou pegou super bem... sempre teve sucção ativa, ele pegava o bico, a aureola certinho, para pegar meu peito não teve dificuldade, bem ativo mesmo, o problema de amamentar foi que o leite secou” (AAS).

“Foi assim, por conta da minha gestação, parto, foi tudo tumultuado, então eu tinha pouco leite, então do dia que eu acordava bem eu tinha leite, o dia que eu não acordava eu não tinha. Então foi meio frustrante, porque para toda mãe o sonho é amamentar... Ele mamou até os seis meses, mas só que ele mamou até os três meses só em mim e com três meses eu entrei com outro leite porque o meu leite não tava sustentando.” (LAF).

Uma pequena parte das mães conseguiu manter a amamentação provavelmente pelo desejo de nutrir seus filhos associado ao incentivo do Hospital Amigo da Criança. Essa iniciativa apresenta-se como forma de mobilização dos profissionais de saúde que trabalham em serviços obstétricos e pediátricos em favor da amamentação. Tem como objetivo promover, proteger, e apoiar o aleitamento materno mediante a prática, pelos hospitais, de

ações pró-amamentação, conhecidas como “dez passos” para o incentivo da amamentação (VANNUCHI et al., 2004).

FASR não apresentou dificuldade em amamentar seu filho:

“ela pegou muito rápido, já pegou lá na UTI mesmo, no canguru, ela já iniciou a amamentação direitinho, pegou certinho e continuou bem e tá até hoje. Tá tranquilo. O meu peito não deu rachadura, ela teve a pega certinha, então foi bem tranquilo...” (FASR).

KSTC relatou satisfação no ato de amamentar:

“Maravilhoso, foi muito bom, eu aprendi aqui no hospital, né? E tá só no peito até hoje, é, não tem palavras para descrever o quanto é bom e não sofri nada, fiz tudo corretamente como as enfermeiras me explicaram e meu peito não feriu, foi muito bom...” (KSTC).

AGA, BJS, relataram maior facilidade em amamentar seus filhos em casa:

“Foi muito bom, foi facinho, assim, lá no hospital ele demorou muito para pegar, mas aí em casa ele foi tranquilo, sem dificuldade nenhuma.” (AGA).

“... eu não tive nenhuma dificuldade, depois que ele saiu daqui (hospital) e já tinha pegado bem, aqui mesmo, lá no canguru, aí depois foi só por no peito e mamar.” (BJS).

“Foi tranquilo. Ele pegou mais fácil em casa do aqui no hospital.” (TAOM).

TAOM, SMSV e RCR também preferiram a amamentação em casa do que no hospital:

“Muito melhor, amamentar em casa é muito melhor, não tem aquela regra de duas em duas horas, que você fica louca para teu neném mamar para você poder ficar assim, tranquila... é aquela coisa, prematuridade, a gente tem que ajudar, tem que ajudar o bebê a pegar o peito, tem que ajudar o bebê acompanhar, mas ele tá muito bem...” (SMSV).

“... em casa eu não tive não (dificuldade), porque aí em casa eu tinha mais leite, aí ele pegou mais fácil ainda o peito, porque aqui tinha pouco, né, quase não tava tendo leite, mas depois em casa aumentou e aí ele pegou mais fácil.” (RCR).

Este estudo mostra que a maior facilidade de amamentação em casa, é o fator psicológico e emocional evidentes nestes casos. Com maior tranquilidade as mães conseguem produzir mais leite facilitando a amamentação.

Das mães que não amamentaram apenas duas não mantiveram a amamentação em domicílio. As demais já não conseguiram essa prática desde a internação.

4.2.3 A ESTIMULAÇÃO DOS BEBÊS PREMATUROS EM CASA

O nascimento com baixo peso e principalmente com muito baixo peso podem comprometer algumas áreas do desenvolvimento, desencadeando problemas de linguagem, de aprendizagem e de coordenação visomotora (MELLO et al., 2003).

Segundo Rugolo (2005), a boa qualidade do lar, representada pela estabilidade emocional da família e participação ativa dos pais, podem melhorar o desempenho da criança e proporcionar-lhe boa qualidade de vida. Para Silva, Santos e Gonçalves (2006) o ambiente em que o lactente vive pode dar diferentes formatos ou moldar aspectos do seu comportamento motor. O ambiente positivo age como facilitador do desenvolvimento normal, porque possibilita a exploração e interação com o meio.

A família tem um papel importantíssimo no desenvolvimento da criança, pois pode tanto ajudá-la a desenvolver-se normalmente oferecendo-lhe estímulos externos para que se desenvolva como uma criança nascida a termo ou prejudicar o seu desenvolvimento não lhe oferecendo estímulos externos (LOPES; DUARTE, 2011). A participação dos pais é fundamental para que a criança aprenda o funcionamento motor eficiente para as diversas tarefas, tais atos precisam ser treinados (SHEPHERD, 1995).

Para Lima (2004), Mancini et al. (2004) e De Andraca et al. (1998), os fatores ambientais, tais como ambiente físico, escolaridade dos pais, dinâmica familiar e situação econômica exercem influência no desenvolvimento motor e cognitivo de crianças podendo proporcionar consequências positivas ou negativas para o desenvolvimento infantil.

Para Sacconi (2007, p. 132) “em ambientes familiares desfavoráveis onde a estimulação e o suporte social são inadequados, aumenta-se o risco de atraso no desenvolvimento cognitivo, físico e social dos bebês”.

Um estudo que pesquisou a influência do ambiente na aquisição de habilidades motoras em crianças em fase pré-escolar foi observado que o desenvolvimento daquelas saudáveis sofreu influências negativas em relação aos fatores de risco ambientais, tais como a utilização de brinquedos inadequados para a faixa etária e a falta de orientação pedagógica em creches públicas (BARROS et al., 2003).

Outro estudo, resultados referentes ao desempenho mental e motor negativos de bebês no 24º mês de vida também foram atribuídos ao baixo peso ao nascer. Além disso, o

desempenho dos bebês foi associado com a pobre estimulação ambiental e condição socioeconômica desfavorável (EICKMANN; DE LIRA; LIMA, 2002).

Estudos realizados por Rice (1977) mostram que um programa de intervenção domiciliar administrados pelos pais, o qual incluía uma variedade de técnicas de estimulação tátil e vestibulo-cinestésica como a massagem, movimentos de embalar e abraçar, os efeitos a curto prazo se relacionaram ao maior ganho de peso, maturação neurológica e na melhora do desempenho mental.

Formiga, Pedrazzani e Tudella (2004) avaliaram a evolução do desenvolvimento motor de lactentes prematuros participantes de um programa de intervenção precoce com e sem treinamento dos pais. Participaram do estudo oito lactentes prematuros e suas famílias, divididos em dois grupos e avaliados por quatro meses. Os resultados mostraram que os bebês do grupo de intervenção com orientação e treinamento dos pais obtiveram melhor evolução dos comportamentos avaliados em relação ao grupo de intervenção sem orientação e treinamento dos pais. Pode-se afirmar que a participação dos pais, associada ao programa de intervenção fisioterapêutica aplicado, beneficiou significativamente o desenvolvimento motor dos bebês estudados.

Em outro estudo realizado por Silva, Brusamarello e Rosa Neto (2009) participaram 44 lactentes prematuros que foram avaliados em relação ao seu desenvolvimento. Foi oferecida a intervenção por amostragem e orientação aos pais baseadas em um programa de intervenção neuropsicomotora estruturado na ludoterapia (terapia do brinquedo). Conclui-se que na ausência de outros distúrbios e com correção da idade gestacional, o desenvolvimento motor pode ser semelhante ao de crianças nascidas a termo. Porém, embora o desenvolvimento esteja dentro da normalidade é necessária a atenção às áreas críticas, como a de coordenação óculo-motriz e linguagem, que foram as que menores escores obtiveram, deixando clara a necessidade de intervir nesta população, evitando assim, que afetem negativamente o desenvolvimento futuro destas crianças.

Em relação ao desenvolvimento auditivo, foi observado que, aos três meses de idade corrigida algumas crianças apresentam atraso em relação à atenção ao som. Crianças prematuras podem apresentar a atenção ao som de forma mais tardia quando comparadas a crianças nascidas a termo (AZEVEDO; VILANOVA; VIEIRA, 1995).

Em estudo realizado com 20 crianças prematuras ou com baixo peso no Hospital Israelita Albert Einstein, foram avaliadas em seu desenvolvimento motor de três em três meses iniciando no terceiro mês de idade corrigida até vinte e quatro meses. As principais alterações encontradas durante o período de acompanhamento, com relação aos aspectos

sensorio-motoras, demonstraram atraso nas aquisições das posturas e habilidades de controle cervical, rolar, sentar, engatinhar, ortostatismo e realização de trocas de posturas dinâmicas.

Na concepção de Freitas et al. (2010), uma criança prematura de extremo baixo peso pode apresentar atrasos ou prejuízos – transitórios e/ou permanentes – em seu desenvolvimento, necessitando de experiências sensorio-motoras adequadas para dar oportunidade ao pleno desempenho de suas habilidades.

Para Junqueira (2003) as brincadeiras proporcionam desenvolvimento motor, socialização, expressão, aprendizagem e facilita o acesso à atividade simbólica e elaboração psíquica de vivências do cotidiano infantil.

Em uma revisão bibliográfica sobre a família e o recém-nascido pré-termo, realizada por Silva (2011), notou-se que apenas três artigos dos nove analisados citaram a preocupação da mãe com o desenvolvimento e possíveis sequelas neurológicas. Em nenhum artigo foi mencionado desenvolvimento psicológico e nem maneiras de estimular o recém-nascido para prevenir possíveis sequelas.

A UTIN da Santa Casa de Passos possui fisioterapeuta exclusiva do setor por vinte e quatro horas, a estimulação é realizada diariamente, mas nem sempre na presença dos pais ou não informando aos pais da importância das técnicas e como elas são realizadas.

Neste estudo não foi averiguado o desenvolvimento motor dos bebês. Observou-se, somente, como os pais estimulam seus filhos em casa e se foram orientados quanto a isso. Percebeu-se que a maioria das mães não recebeu orientações de como estimular seus filhos nas áreas auditiva, motora, sensorial, vestibular e visual. As que receberam foram de modo superficial, passadas por médicos, enfermeiras e equipe multiprofissional. Quando questionadas se tinham recebido orientações RCB, TAOM relataram ter recebido para realizar estimulação auditiva:

“... ah, a fono, quando eu tava lá no canguru, ela falava que era bom estimular, conversar, mas só ela...” (RCB).

“foi a enfermeira, ela orientou cantar para estimular a audição...” (TAOM).

JPBL e DAPO relataram ter recebido algum tipo de orientação

“... as enfermeiras me ajudavam muito, me deu muita orientação, teve a fisioterapia que teve muito ao meu lado, me ajudando...” (JPBL).

“Eu brincava, fazia tudo os que os médicos passavam para mim eu passei para ele.” (DAPO).

Já RCR, KSTC e SMSV relataram não ter recebido nenhum tipo de orientação:

“Não, assim eu que vou pelejando sozinha mesmo...” (RCR).

“... não me ensinaram a fazer isso ainda, nessa parte ainda não...” (KSTC).

“a estimular ela não. Essa orientação eu não tive, não, de estímulo para brincar.” (SMSV).

FASR, LAF e RCB relataram que faziam a estimulação de acordo com suas experiências vividas:

“... Não, é de mim mesmo. Foi o jeito que eu achei que tava certo. Eu to fazendo e ela ta desenvolvendo bem... os médicos tá falando que tá tudo bem...” (FASR).

“... eu já tinha experiência com criança, de olhar criança e fui aprendendo no decorrer do tempo. Eu e ele mesmo...” (LAF).

“... eu canto para ele dormir, porque eu sou professora... a gente trabalha com isso,... ele gosta que fale com ele, que brinca com ele, ele adora vermelho...” (RCB).

AAS espelha a estimulação de outras crianças de mesma idade.

“Não, eu tenho uma sobrinharada, do mesmo tamanho e idade, eu fui vendo assim, eu sou mãe e tenho que estimular meu filho, incentivar meu filho... foi sozinha mesmo.” (AAS)

As mães realizam a estimulação por conta própria, instintivamente, assim como mostram as falas de FASR e AGA:

“... ele tá no prazo certo, no tempo certo, tudo que você põe para ela fazer e vai estimulando ela vai fazendo... eu brinco bastante, eu converso ensino, ponho brinquedinho...” (FASR)

“... tudo que ensina assim, ele foi aprendendo. Igual para sentar ele demorou um pouquinho, foi com quase sete meses... ele tá começando a andar agora... teve algumas coisas que atrasou um pouquinho... eu brincava, estimulava... pegava os bichinhos e punha na mão dele, bolinha, para aprender a pegar.” (AGA).

Uma das estimulações mais presentes, em domicílio, é a auditiva, como podemos observar nos seguintes discursos:

“... converso, coloco musiquinha, tem alguma que passa no teto para ele procurar...” (KSTC).

“Não tive problema nenhum, ela nasceu muito espertinha... eu cantava, colocava brinquedo colorido, fazia bastante barulho, colocava música.” (JPBL)

“eu converso muito com ele, toda hora, não paro de conversar... mexo com ele, pego ele, mostro brinquedinho...” (RCR)

“Ah, eu brinco, falo muito com ele... ele já resmunga... brinco, ele ri bastante... dou brinquedinhos coloridinhos, bichinhos, ele adora cores...” (AAS)

LAF relata um atraso na fala de seu filho:

“... eu brincava com ele, conversava... normal, achei tudo normal. Ele atrasou só na fala, que ate hoje ele não fala direito...” (LAF)

SMSV não iniciou a estimulação visual e não ofereceu brinquedos por achar que a filha ainda não enxerga. Esta falta de estimulação pode levar a um atraso motor importante, devido a falta de orientação.

“... ela é super esperta, tudo que eu brinco com ela... a gente fica conversando com o bebê e ele fica olhando, ninar, de tudo... brinquedo eu ainda apresentei a ela ainda não, tipo, aquela coisa, aquele carinho de brincar, conversar... eles (prematuros) tem uma audição muito boa apesar de não enxergar...” (SMSV)

Duas crianças apresentaram problemas motores e são acompanhadas pela fisioterapia do ambulatório PROMAI. Estas mães recebem melhores orientações quanto à estimulação de seus filhos. As crianças são encaminhadas para fisioterapia ambulatorial pelo médico, quando o mesmo percebe maior retardo no desenvolvimento neuropsicomotor ou diante de alguma síndrome que pode levar a este retardo.

5 CONCLUSÃO

A maioria das mães relatou o banho como o cuidado mais difícil de ser realizado, principalmente, nos primeiros dias após a alta. Mas esta dificuldade está sempre associada ao peso e fragilidade do bebê.

No momento de transição quando se retira a equipe multidisciplinar e os equipamentos de monitoramento surge a insegurança de cuidar do filho sozinho. O refluxo gastroesofágico foi citado devido aos vômitos e possibilidade de sufocamento. Deixar o bebê sozinho à noite para dormir e colocar o filho para arrotar foram associados ao medo do bebê engasgar ou sufocar.

Evitar o contato do prematuro com outras pessoas fora do contexto familiar, para impedir a ação de agentes infecciosos, citou-se como dificuldade. As pessoas que não viveram a luta do bebê e da família não conseguiram entender esta restrição.

Apesar dos lócus do estudo ser um Hospital Amigo da Criança, com presença diária de fonoaudióloga que estimula a amamentação, participa do Projeto Mãe Canguru e segue os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, seis mães, cerca de 42,8% não conseguiram amamentar seus filhos exclusivamente com leite materno até os seis meses de idade. O fator emocional foi a principal causa, que teve como consequência o leite “secar”. As mães que conseguiram levar a amamentação a frente relataram que em casa foi mais fácil amamentar, provavelmente pela maior tranquilidade e conforto.

As mães relataram não ter dificuldades na estimulação neuropsicomotora embora não tenham sido orientadas. Elas estimulavam seus filhos por iniciativa própria com orientação familiar e instintivamente e não houve atraso aparente no desenvolvimento neuropsicomotor destas crianças segundo avaliação médica, em consultas de rotina.

Observou-se neste estudo que a principal dificuldade encontrada pelas mães de prematuros em domicílio é lidar com a prematuridade, com o ser frágil e delicado que neste momento é totalmente dependente dela. Todas as mães entrevistadas relataram ter recebido orientações e treinamento para cuidarem dos seus filhos e elas revelaram que se não tivessem tido a oportunidade deste aprendizado não estariam conseguindo cuidar tão bem dos seus bebês como elas estão cuidando.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. C. et al. Efeitos da fisioterapia neonatal sobre a frequência cardíaca em recém-nascidos pré-termos com doença pulmonar das membranas hialina pós-reposição de surfactante exógeno. **Arq. Med. ABC**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 5-11, 2006.
- ALBANUS, A. **Avaliação e análise do desenvolvimento neuromotor de lactentes pré-termos nascidos no hospital universitário do oeste do Paraná no período de setembro de 2002 a julho de 2003**. 119 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia). Universidade do Oeste Paulista – Unoeste. Presidente Prudente, 2004.
- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido de natureza e cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- AMBALAVANAN, N.; CARLO W. A. Comparison of the prediction of extremely low birth weight neonatal mortality by regression analysis and by neural networks. **Early Human Development**, December, v. 65, n. 2, p. 123-37, 2001.
- ANDREANI, G.; CUSTÓDIO, Z. A. O.; CREPALDI, M. A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. **Aletheia (Ulbra)**, Canoas, n. 24, p.115-126, jul./dez. 2006.
- ANDRADE, D. L. B. et al. Mães de bebês prematuros: vivências, dificuldades e expectativas. **Lecturas: Educación Física y Deportes (Revista Digital)**. Buenos Aires. Ano 18, n. 186, nov. 2013.
- ARAÚJO, A. M. **A importância da fisioterapia respiratória no neonato com doença da membrana hialina**. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Veiga de Almeida. Cabo Frio, 2007.
- ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. Experiência da família ao conviver com sequelas decorrentes da prematuridade do filho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 595-602, jul./ago. 2010.
- AVERY, M. E.; MEAD J. Surface properties in relation to atelectasis and hyaline membrane. **A.M.A American Journal of Diseases of Children**, Boston v. 97, n. 5, p. 517-23, May 1959.
- AZEVEDO, M. F.; VILANOVA, L. C. P.; VIEIRA, R. M. **Desenvolvimento auditivo de crianças normais e de alto risco**. São Paulo: Plexus, 1995.
- BALBINO, F. S. Preocupações dos pais de recém-nascidos prematuros com a proximidade da alta da unidade de terapia intensiva neonatal. **Dissertação de Mestrado** (Escola Paulista de Medicina, Departamento de Enfermagem). Universidade Federal de São Paulo – Unifesp. São Paulo, 2004.
- BARROS, M. D. et al. Características do leite de mães de recém-nascidos de baixo peso. **Pediatria**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 53-57, 1984.

BARROS, K. M. F. T. et al. Do environmental influences alter motor abilities acquisition? A comparison among children from day-care centers and private schools. **Arq. Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 2, p. 170-175, jun. 2003.

BICALHO-MANCINI, P. G.; VELASQUEZ-MELÉNDEZ, G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 241-248, mai./jun. 2004.

BITTAR, E. R.; ZUGAIB, M. Indicadores de risco para o parto prematuro. *Revista Bras. Ginec. Obstet.*, São Paulo, 31(4): 203-209, 2009.

BOMFIM, D. A. S.; NASCIMENTO, M. J. P. Cuidados de enfermagem, amamentação e prematuridade. **Rev. Enferm. UNISA**, Santo Amaro, n. 8, p. 17-22, 2007.

BOTÊLHO, S. M. et al. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n.4, p. 929-934, ago. 2012.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

BRADLEY, R. H. et al. Impact of the infant health and development program (IHDP) on the home environments of infants Born prematurely and with low-birth-weight. **Journal of Educational Psychology**, Washington v. 86, n. 4, p. 531-541, 1994.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Materiais informativos: saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL Ministério da Saúde. **Manual do Método Mãe Canguru**. Brasília/DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao RN de baixo peso: método canguru**. Brasília/DF, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Imprensa Oficial, 1990.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura / Secretaria de Educação Especial. **Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce: O portador de necessidades especiais**. Brasília: MEC/SEESP, 1995

BRASIL. Portaria GM nº1.683: Aprova, na forma do Anexo, as Normas de Orientação para a implementação do Método Canguru. **Diário oficial da união**. Poder Executivo, Brasília/DF, 2007.

BREDARIOL, A. C. P. **Programa de educação Preventiva: Uma proposta para serviços de estimulação/ intervenção precoce**. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação Especial). Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos/SP, 1999.

BRITTO, I. T. Os bebês prematuros: concepções de suas mães acerca da intervenção fisioterapêutica. **InterScientia**, João Pessoa, v. 1, n. 2, p. 100-111, mai./ago., 2003.

CAETAN O, L. C. Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família. **Tese de Doutorado** (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/SP, USP). Universidade de São Paulo – USP. Ribeirão Preto/SP, 2004.

CARVALHO, M.; GOMES, M. A. S. M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1(Supl.), p. 111-118, 2005.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CARVALHO, R. A. **Cuidado-presença**: importância na atenção ao recém-nascido de alto risco. Passo Fundo/RS: UPF, 2001.

CASTRO, G. G. D. **Caracterização das crianças prematuras nascidas na cidade de Patrocínio (MG), no ano de 2004: uma contribuição da Fisioterapia para o Programa de Saúde das crianças**. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Promoção de Saúde). Universidade de Franca – Unifran. Franca/SP, 2005.

CLAUD, E. C.; WALKER, W. A. Hypothesis: inappropriate colonization of the premature intestine can cause neonatal necrotizing enterocolitis. **Faseb Journal**, Bethesda, v. 15, n. 8, p. 1398-1403, 2001.

CHAUDHARI, S. et al. Longitudinal follow-up of development of preterm infants. **Journal of the Indian Academy of Pediatrics**, New Delhi, v. 28, n. 8, p. 873-880, 1991.

COSTA, R.; MONTICELLI, M. Método Mãe-Canguru. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 427-433, 2005.

COSTA, S. A. F. et al. A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio. **Escola Anna Nery – Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 741-749, out./dez. 2009.

COUTINHO, C. P.; CHAVES, J. H. O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 15, n. 1, p. 221-243, 2002.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Escola Anna Nery – Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 886-891, out./dez. 2009.

CUNHA, E. F. C. C. et al. Aspectos Socioemocionais de mães de bebês prematuros. **Psicologia em foco**, Frederico Westphalen, v. 3, n.2, p. 35-44, jul./dez., 2009.

CRESWELL, J. **Qualitative Inquiry and Research Design**: Choosing among Five traditions. Thousand Oaks/CA: Sage Publications, 1998.

DE ANDRACA, I. et al. Risk factors for psychomotor development among infants born under optimal biological conditions. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 138-147, abr. 1998.

DELGADO, S. F.; HALPERN, R. Aleitamento materno de bebês pré-termo com menos de 1500 gramas: sentimentos e percepções maternos. **Arquivo Médicos**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 5-28, 2004.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, set./dez. 2000.

DIAZ ROSELLÓ, J. Participacion maternal en los cuidados del premature internado. In: MARTINEZ, G. **Tecnologias perinatalis**. Montevideo/URU: CLAP; 1992.

EDWARDS, C. A., PARRETT, A. M. Intestinal flora during the first months of life: new perspectives. **British Journal of Nutrition**, Cambridge, v. 88, suppl. 1, - 11-18, 2002.

EHRENKRANZ, R. A. Growth outcomes of very low-birth weight infants in the newborn intensive care unit. **Clin. Perinatol.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 325-345, 2000.

EICKMANN, S. H.; DE LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Desenvolvimento mental e motor aos 24 meses de crianças nascidas a termo de baixo peso. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 60, n. 3, p. 748-754, 2002.

FELICIANO, R.A.F. **Rede de apoio social utilizada pelas mães de bebês prematuros e de baixo peso egressos de uma unidade de terapia intensiva neonatal no município de São Carlos-SP. 194 f.** Dissertação de Mestrado (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP). Universidade de São Paulo – USP. Ribeirão Preto, 1999.

FONSECA, L. F.; MARCON, S. S. Percepção de mães sobre o cuidado domiciliar prestado ao bebê nascido com baixo peso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 11-17, jan./fev. 2011.

FONTANELLA, B. B. J. B et al. Amostragem em pesquisa qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011.

FORMIGA, C. K. M. R.; LINHARES, M. B. M. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 472 - 480, 2009.

FORMIGA, C. K. M. R.; PEDRAZZANI, E. S.; TUDELLA, E. Desenvolvimento motor de lactentes pré-termo participantes de um programa de intervenção fisioterapêutico precoce. **Rev. Bras. Fisiot.**, São Carlos, v.8, n. 3, p. 239-245, p. 2004.

FRAGA, D. A. et al. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionados a variáveis neonatais e maternas. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 13, n. 2, p.335 -344, abr./jun. 2008.

FRAKALOSS, G.; BURKE, G.; SANDERS, M. R. Impact of gastroesophageal reflux on growth and hospital stay in premature infants. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, Varsóvia, v. 26, p.146-150, 1998.

FREITAS, M. et al. Acompanhamento de crianças prematuras com alto risco para alterações do crescimento e Desenvolvimento: uma abordagem multiprofissional. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 180-186, 2010.

FURLAN, C. E. F. B.; SCOCHI, C. G. S.; FURTADO, M. C. C. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.444-452, jul./ago. 2003.

GAIVA, M.A.M, SCOCHI C.G.S. A participação da família no cuidado ao premature em UTI Neonatal . **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 444-448, jul./ago. 2005.

GARTNER, L. M. et al. Breastfeeding and the use of human milk. **American Academy of Pediatrics.**, Washington, v. 115, n. 2, p. 496-506, feb. 2005.

GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação exclusiva. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GOMES, M. M. F. **As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI neonatal: construindo possibilidades de cuidado**. Tese de Doutorado (Escola Paulista de Medicina – UNIFESP). Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. São Paulo, 1999.

GORGULHO, F. R.; PACHECO, S. T. A. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência maternal. **Escola Anna Nery – Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 19-24, jan./mar. 2008.

GUBERT, J. K. et al. Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após a alta. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 146-155, jan./mar. 2012.

HALL, R. T. Nutritional follow-up of the breastfeeding premature infant after hospital discharge. **Pediatric Clin North Am.**, Missouri, v. 48, n. 2, p. 453-460, 2001.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no Desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Rev. Chil. Pediatr.**, Santiago, v.76, n. 5, p. 421-428, set. 2002.

HASSAL, E. Decisions in diagnosing and managing chronic gastroesophageal reflux disease in children. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 146, n. 3 (supp.), mar. 2005.

HERNANDEZ, A. M; MARCHESAN, I. **Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar**, Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

HOLANDA, A. F. **O resgate da Fenomenologia de Husserl e a pesquisa em Psicologia**. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC. Campinas/SP, 2002.

HOLANDA, A. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 24, n. 3, p. 363-372, jul. 2006.

HOPIA, H.; PAAVILAINEN, E.; ASTEDT-KURKI, P. Promoting health for families of children with chronic condition. **J. Adv. Nurs.**, Tampere, v. 48, n. 6, p. 575-583, 2004.

HUSSERL, E.. **A Idéia da Fenomenologia**. Tradução: Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 1990.

HUNGLER, B. P.; BECK, C. T. C; POLIT, D. F. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

HYLANDER, M. A.; STROBINO D.M., DHANIREDDY R. Human Milk feedings and infection among very low birth weight infants. **Pediatrics.**, Washington, v. 102, n. 3, p. 1-6, sep. 1998.

JAVORSKI, M. **Os significados do aleitamento materno para mães de prematuros em cuidado canguru**. Dissertação de Mestrado (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP). Universidade de São Paulo – USP, 1997.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.8, n.1, p.193-197, jan./abr. 2003.

KINNEAR, T. C.; TAYLOR, J. R. **Marketing research: an applied approach**. Mc Graw Hill, 1979.

KLAUS, M.; KENNEL J. H. **Pais/Bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LIMA, M. C. et al. Determinants of mental and motor development at 12 months in a low income population: a cohort study in northeast Brazil. **Acta Pediatr.**, Recife, v. 93, n. 7, p. 969-975, 2004.

LINHARES, M. B. M. Estresse, resiliência e cuidados no desenvolvimento de neonatos de alto risco. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A.; WILLIAMS, L. C. A. (Orgs.). **Temas em educação especial: avanços recentes**. São Carlos: EDUFSCar, 2004.

LINHARES, M. B. M. et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. **Caderno de Psicologia e Educação – Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 25, p. 57-72, jan./jun. 2003.

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

LOTH, E ; VITTI, C.; NUNES, J.I. A diferença das notas do escore de Apgar entre crianças nascidas de parto normal e parto cesariana. **Arq. Cien. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 5, n. 3, p. 211-213, set./dez. 2001.

MANCINI, M. C. et al. Efeito moderador do risco social na relação entre o risco biológico e desempenho funcional infantil. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 25-34, 2004.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1991.

MARTINEZ, J. G.; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team. **Rev. Lat. Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 5, p. 239-246, 2007.

MARTINEZ, C. M. S. et al. Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. **Revista Brasileira Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 73-81, 2006.

MELLIER, D. **La prématurité**: l'ouverture de problématiques nouvelles. *Enfance*: 1999.

MELLO, D. F. **O cuidado de enfermagem no seguimento de crianças prematuras e de baixo peso**. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP). Universidade de São Paulo – USP. Ribeirão Preto, 1998.

MELLO, D. F. et al. Cuidados maternos a crianças de baixo peso ao nascer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 3, p. 262-269, 2002.

MÉIO, M. D. B. B.; LOPES, C. S.; MORSCH, D. S. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n.3, p. 311-318, 2003.

MICHAUD, L. J. Prescribing therapy services of children with motor disabilities. **Pediatrics**. v. 113, n. 6, p. 1836-1838, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

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

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 24-30, 2009.

MORRISON, J. C. Preterm birth: a puzzle worth solving. **Obstet. Gynecol.**, Mississippi, v. 76, suppl. 1, p. 5-12, 1990.

MOTA, L. A.; SÁ, F. E.; FROTA, M. A. Estudo Comparativo do Desenvolvimento sensório-motor de recém-nascidos prematuros da unidade de terapia intensiva neonatal e do método canguru. **Rev. Bras. Promoção de Saúde**, Fortaleza, v.4, n 18, p. 191-198, 2005.

NAKAMO, M. A. S. As mulheres e as diferentes posições de sujeito na prática do aleitamento materno. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 96-101, 2002.

NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5 (supl.), nov. 2004.

NICOLAU, C. M et al. Desempenho motor em recém-nascidos pré-termo de alto risco. **Ver. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.**, São Paulo. v. 21, n.2, 2011.

NIRMALA, P.; REKHA, S.; WASHINGTON, M. Kangaroo mother care: Effect and perception of mother and nealtn personner. **Jounal of Neonatal Nursing.**, Oxford, v. 12, n. 5, p. 177-184, oct. 2006.

OLIVEIRA, O. R.; FRANCO, K. C. O Desenvolvimento motor da criança e estimulação precoce. **Fisioweb**. Ago. 2006. [capturado em 03 março de 2014]. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/neuro/desenv_motor_octavio.htm>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Método Madre Canguro: Guia Práctica**. Genebra: WHO, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) / UNICEF. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis**. Genebra: WHO, 1989.

PADOVANI, F. H. P. et al. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante a após hospitalização em UTI-Neonatal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 251-254, dez. 2004.

PERIN, A. E. Estimulação Precoce: Sinais de alerta e benefícios para o Desenvolvimento. **Revista de Educação do Ideau**, Estação- RS, v. 5, n. 12, jul./dez. 2010.

PINTO, I. D.; PADOVANI, F. H. P.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade e Depressão materna e relatos sobre bebê prematuro. **Rev. Psicologia: Teoria e pesquisa**, Ribeirão Preto, v. 25 n. 1, p. 75-83, jan./mar. 2009.

PINTO, M. et al. Intervenção motora precoce em neonatos prematuros. **Revista da Graduação – PUC/RS**. v.1, n.2, p. 1-10, 2008.

RABELO, M. Z. S. et al . Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 333-337, jul/set 2007.

RADES, E.; BITTAR R.E; ZUGAIB M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais, **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, vol.26 no.8 Rio de Janeiro Sept. 2004

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

SUMAN, R. P.; UDANI, R. NANAVATI, R. Kangaroo Mother Care for low birth weight infants: A randomized controlled Trial. **Indian Pediatrics.**, Mumbai, v. 45, n.1, p. 17-23, jan. 2008.

RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F.; SILVA, E. M. K. Fatores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança. **Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 117-128, 2007.

RICE, R. D. Neurophysiological development in premature infants following stimulation. **Developmental Psychology.**, Washington, v. 13, n. 1, p. 69-76, jan. 1977.

ROBERTA, C., MONTICELLI, M. Método Mãe-Canguru. **Act. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 427-433, 2005.

ROCHA, N. M. N.; MARTINEZ, F. E.; JORGE, S. M. Cup or bottle for preterm infants: effects on oxygen saturation, weight gain, and breastfeeding. **J. Hum. Lact.**, Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 132-138, May 2002.

RUGOLO, L. M. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1 (supl.), p. 101-110, 2005.

SACCANI, R. et al. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de um bairro da periferia de Porto Alegre. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 130-137, jul./set. 2007.

SALGE, A. K. M et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 642-646, 2009.

SANTOS, L. M.; PASQUINI, V. Z. A importância do Índice de Apagar. **Ver. Enferm. UNISA, Santo Amaro**, v. 10, n. 1, p. 39-43, 2009.

SARAFANA, S. et al. Aleitamento materno: evolução na última década. **Acta Pediátrica Portuguesa**. v.37, n. 1, p. 9-14, 2006.

SARMENTO, G. J. V.; PEIXE, A. A. F.; CARVALHO F. A. **Fisioterapia respiratória em pediatria e neonatologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007.

SCHANLER, R. J.; O'CONNOR, K. G.; LAWRENCE, R. Pediatricians practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. **Pediatric**, Houston, v. 103, n.3, p.35-40, 1999.

SCHMIDT, K.T. et al. Recém nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 849-858, out./dez. 2011.

SCHMIDT, K. T.; HIGARASHI, I. H. Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro, **REME: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 391-399, jul./set. 2012.

SCHOCHI, C. G. S. et al. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto, Brasil. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 145-154, abr./jun. 2008.

SERRA, S.; SCOCHI, C. G. S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 597-605, 2004.

SHEPHERD, R. B. **Fisioterapia em Pediatria**. 3. ed. São Paulo: Editora Santos, 1995.

SILVA FILHO, L. V. F.; OZAKI, M. J.; RODRIGUES, J. C. Manifestações pulmonares do refluxo gastroesofágico. **Pediatria, São Paulo**, v. 28, n. 1, p. 33-47, 2006.

SILVA, L. S. **A família e o recém-nascido pré-termo: desafios do cuidado domiciliar no Brasil**, 2011 Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre

SILVA, M. H. A. **A alimentação de bebês prematuros e de muito baixo peso: efeitos da sucção à mamadeira e ao seio materno**. Dissertação de Mestrado (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP). Universidade de São Paulo – USP. Ribeirão Preto, 1999.

SILVA, C.; BRUSAMARELLO, S.; ROSANETO, F. Avaliação e intervenção neuropsicomotora para lactentes prematuros. **Lecturas: Educación Física y Deportes (Revista Digital)**. Buenos Aires, ano 14, n. 137, oct. 2009.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: Descrição e aplicação do método. **Organ. Rurais Agroind.**, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SILVA, P. L.; SANTOS, D. C. C.; GONÇALVES, B. M. G. Influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6º ao 12º meses de vida. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 2, p. 225-231, 2006.

SILVA, O. P. V. A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. **Psicologia teoria e prática**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 15-34, 2002.

SILVA, R. V.; SILVA, I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Escola Anna Nery – Rev. Enf.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 108-115, 2009.

SIMIONI, A. S.; GEIB, L. T. C. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 645-651, 2008.

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

SCOCHI, C. G. S. et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 539-543, jul./ago. 2003.

SOARES, D. C. et al. Faces do Cuidado ao Prematuro Extremo no domicílio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.9, n.2, p. 238-245, abr./jun., 2010.

SOARES, D. C. **Vivenciando o ser prematuro extremo e sua família no contexto hospitalar e domiciliar**. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande/RS, 2006.

SOUSA, J. C.; SILVA, L. M. S.; GUIMARÃES, T. A. Preparo para a alta hospitalar de recém-nascidos em unidade de tratamento intensivo neonatal: Uma visão da família. **Pediatria , São Paulo**, v. 30, n. 4, p. 217-227, 2008.

SOUZA, O. Abordagens Fenomenológico-Hermenêuticas em pesquisas educacionais. **Contrapontos: Revista de Educação da Univali**, Itajaí, ano 1, n. 1, jan./jun. 2001.

SOUZA JUNIOR, M. B. M; MELO, M. S. T; SANTIAGO, M. E. A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em Educação Física escolar. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v.16, n.3, p.31- 49, jul./set. 2010.

STAKE, R. E. **The art of case Study Research**. Thousand Oaks/CA: Sage Publications, 1995.

STARKE, M; MOLLER, A. Parents needs for knowledge concerning the medical diagnosis of their children. **Child Health Care**, Gotemburgo, v. 6, n. 4, p. 245-247, 2002.

TAMEZ, R. N. (Org.). **Enfermagem na UTI Neonatal** – assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

THOMAZ, A. C. P. et al. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré termo: variáveis sociais e perinatais. **Estud. Psicol.**, Maceió, v. 10, n. 1, p.139-146, abr. 2005.

TRONCHIN, O. **A experiência de tornar-se pais de recém-nascido prematuro**. Tese de Doutorado (Escola de Enfermagem, USP). Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, 2003.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativo**: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6. ed. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2013.

TRONCO, C. S. et al. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: Percepção de familiares. **Revista de enfermagem – UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 108-113, jan./mar. 2009.

URZEDA, R. N. et al. **Estudo longitudinal de detecção de risco no desenvolvimento neuropsicomotor de bebês pré-termo**. Disponível em: <<http://www.prp.ueg.br/sic2008/fronteira/flaschic/animação/VISIC/arquivos/resumos/resumo154.pdf>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2014.

VANNUCHI, M. T. O. et al., Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento Materno em unidade de neonatologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 422-428, 2004.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista da SOCERJ**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, set./out. 2007.

VICTORIA,G.C. ET AL. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios.** Disponível em < <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>> Acesso em: 15 de fevereiro de 2014.

XAVIER, C. **Evolução da experiência de sucção em recém-nascidos com história de prematuridade.** Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

ANEXO I

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As dificuldades das mães de recém-nascidos prematuros pós alta hospitalar

Pesquisador: Elizabeth Regina Negri Barbosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18220913.8.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 515.416

Data da Relatoria: 21/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado, um estudo descritivo que utilizará a abordagem qualitativa em virtude de que o universo a ser trabalhado é de expectativas, significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. Os dados desta investigação científica serão obtidos através de entrevista semi-estruturada, com cinco mães de prematuros que tiveram seus bebês internados na unidade de terapia intensiva da Santa Casa de Misericórdia de Passos, há menos de dois anos. As entrevistas serão gravadas por um gravador de voz digital e, posteriormente, transcritas na íntegra. As questões abordadas visam captar quais as dificuldades relacionamento mãe e filho e os sentimentos envolvidos. A coleta de dados será em ambiente ambulatorial do programa materno infantil da Santa Casa de Misericórdia de Passos (PROMAI), onde estes pacientes já são acompanhados, de acordo com a rotina deste hospital.

As mães serão informadas da pesquisa por meio de explicações esclarecedoras por parte da pesquisadora e caso aceitem participar de forma voluntária assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto segue, em parte, o rigor metodológico em sua construção. Traz temática atual, porém está resumido em sua apresentação na Plataforma.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 **Fax:** (16)3603-6817 **E-mail:** cetica@unaerp.br

Continuação do Parecer: 515.416

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos geral e específicos são pertinentes à proposta de investigação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Relata os riscos e benefícios no projeto e no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Contudo, possui a autorização para a coleta de dados, do Diretor Técnico da Santa Casa de Passos - Hospital Regional, para a realização da pesquisa;

Descreve a metodologia do estudo identificando como pesquisa fenomenológica, com procedimento qualitativo, opera-se em geral com categorias. Categoria se refere a uma palavra ou um conceito. Trabalhar com categorias, então, significa agrupar elementos, ideias, expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.

No detalhamento do estudo pontua os riscos e benefícios da pesquisa, além de critérios de inclusão e exclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atende ao preconizado no rigor científico.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa atende as recomendações preconizadas pela CONEP e está aprovado.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 **Fax:** (16)3603-6817 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 515.416

RIBEIRAO PRETO, 26 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador)

ANEXO II
AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL



Santa Casa de Misericórdia de Passos
Hospital Regional
CNPJ (MF) 23.278.898/0001-60 - Inscrição Estadual: Isento
PABX - DDR: (035) 3529.1300 (Geral)
Rua Santa Casa, 164 - CEP 37904-020
Passos - MG
e-mail: scpassos@scpassos.org.br



Passos, 29 de outubro de 2012.

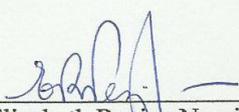
Da: Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)

Para: Santa Casa de Misericórdia de Passos

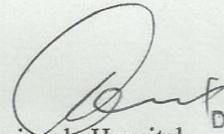
Venho por meio desta solicitar autorização para realização do trabalho de dissertação do Curso de Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto, intitulado “As dificuldades das mães de recém nascidos prematuros pós alta hospitalar” tendo como orientadora Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa e realizado pela aluna Cássia de Pádua Moreira.

Segue em anexo cópia do projeto supracitado.

Desde já agradeço pela atenção.



Prof. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa
.Docente da UNAERP

Ilmo. Sr. 
Diretor Técnico do Hospital
Dr. Marcos Antonio de Oliveira
Dr. Marcos Antônio de Oliveira
CRM 20581
CPF: 475 489 166-04
Diretor Técnico

20104113

APÊNDICE I

NOME _____ IDADE _____
ESCOLARIDADE _____ PROFISSÃO _____
IDADE DO FILHO _____ TEMPO DE INTERNAÇÃO _____
DATA DA ALTA HOSPITALAR: _____ NOME DA CRIANÇA _____

Entrevista

1. Quais foram as principais dificuldades que você encontrou para cuidar do seu filho em casa, quando saiu do hospital?

2. Como foi amamentar seu bebê em sua casa?

3. Como você estimulou seu bebê para ajudar em seu desenvolvimento?

4. Para você qual foi o cuidado mais difícil de ser realizado?

5. Você tinha ajuda de alguém para cuidar deste bebê?

6. Você recebeu orientações para cuidar do seu filho? De quem?

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “As dificuldades das mães de recém-nascidos prematuros em domicílio, pós- alta hospitalar”.

Pesquisadora:

Cássia de Pádua Moreira

RG: MG-6.904.009

CREFITO: 43.637/F

Fisioterapeuta da UTI Neonatal da Santa Casa de Passos, aluna do programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto.

Endereço: Rua Araxá, n° 460, apto. 202 – Centro – Passos/MG

Tel.: (35) 9902-9411

(35) 3529-1330

E-mail: cassinhapm@hotmail.com

Pesquisadora responsável:

Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa

RG: 5698962-3

Professor do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto

Endereço: Rua José Urbano, 415 – Jd. Palma Travassos – Ribeirão Preto /SP

Telefone: (16) 99921809

E-mail: ernegri@bol.com.br

Local da Pesquisa: PROMAI – Ambulatório do Programa Materno Infantil da Santa Casa de Misericórdia de Passos.

Rua Santa Casa, n° 164. Bairro Santa Casa - Passos - Minas Gerais – Brasil.

Telefone (35) 3529 – 1353

INTRODUÇÃO

Convidamos a senhora a participar deste estudo de pesquisa e, antes de concordar com a participação, é importante que leia e entenda as seguintes explicações do estudo a ser realizado. Esta declaração descreve o propósito, benefícios, risco, desconforto e precauções do estudo. Também descreve o seu direito de sair deste a qualquer momento. Nenhuma garantia ou certeza do resultado do mesmo pode ser dada. Você pode fazer qualquer pergunta, relacionada ao estudo, a qualquer momento e lhe é assegurado que sua decisão seja livre de qualquer influência para participar deste estudo. Uma cópia desta autorização lhe será fornecida.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é identificar, por meio de entrevista com as mães, quais são as principais dificuldades encontradas em casa por elas com seus filhos recém-nascidos prematuros internados em uma unidade de terapia intensiva, pós-alta hospitalar.

FUNDAMENTOS

Um dos momentos mais aguardados pelos pais é a alta hospitalar de filhos prematuros, há uma explosão de sentimento que alteram entre alegria, insegurança e medo. Ir para casa é um novo obstáculo a ser enfrentado, pois, não importa a experiência adquirida com o filho, será sempre problemático para eles, pois estarão angustiados e assustados, porque agora eles são responsáveis pela segurança do bebê. A mãe, diante da responsabilidade de cuidar de seu filho sem a presença da equipe multidisciplinar, revela o temor das primeiras experiências. É o momento de aplicar todo o conhecimento adquirido no hospital, mas com a incerteza de estar fazendo o cuidado correto. Quando lhe são passadas as informações e treinamentos, a mãe está em um momento de estresse, podendo não absorver as instruções de maneira correta ou completa. Diante da fragilidade de um prematuro, essas dificuldades, enfrentadas pela mãe, podem levar a uma diminuição no ganho de peso, a um maior atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, ou a morbidades que podem levar a reinternações ou, em casos extremos ao óbito.

Identificar quais são as principais dificuldades enfrentadas pelas mães de prematuros pode ajudar a melhorar o preparo destas famílias para o cuidado domiciliar, aprimorando o

treinamento e otimizando as informações, diminuindo assim, o risco de morbidades e mortalidade destes bebês, além de estreitar o vínculo afetivo entre mãe e filho.

DESENHO DO ESTUDO

O estudo será realizado por meio de entrevista contendo cinco questões, com mães de prematuros que tiveram seus bebês internados na unidade de terapia intensiva da Santa Casa de Misericórdia de Passos, há menos de dois anos, gravada por um gravador de voz digital e posteriormente transcrita na íntegra. A coleta de dados será em ambiente ambulatorial do programa materno infantil da Santa Casa de Misericórdia de Passos (PROMAI).

As mães serão informadas sobre a pesquisa por meio de explicações esclarecedoras por parte da pesquisadora e caso aceitem participar de forma voluntária assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido e uma cópia será dada à participante. Não haverá nenhuma situação de risco para as participantes durante o estudo e o anonimato será garantido às entrevistadas e para proteção da identidade real, os sujeitos serão identificados pelas iniciais dos nomes.

Serão entrevistadas mães de prematuros que tiveram seus filhos internados, logo após o nascimento, por mais de sete dias na Unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Misericórdia de Passos a menos de dois anos. Serão excluídas do trabalho as que não conseguirem responder as questões e as que tiveram filhos com má formação, pois se espera uma diferença nos cuidados realizados com estes bebês.

RISCOS, DESCONFORTOS E PRECAUÇÕES

O estudo não oferece nenhum tipo de risco ou desconforto para as participantes. Não haverá nenhum prejuízo quanto ao horário ou qualidade das consultas médicas. Além disso, será uma forma de contribuição para esclarecer as necessidades das mães que passam por essas situações. O anonimato será garantido a todo o momento. A participante poderá sair do estudo a qualquer momento, sem nenhum dano.

Em qualquer etapa do estudo terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Os pesquisadores são: Cássia de Pádua Moreira – Fisioterapeuta da UTI Neonatal da Santa Casa de Passos – que pode ser encontrada no endereço Rua Araxá, 460, apto 202 – Centro – Passos ou na UTI Neonatal da Santa Casa

de Passos, que se encontra no 5º andar deste hospital. Pelos telefones: (35) 9902-9411; 3529-1330/35291345 (UTI Neonatal) ou pelo e-mail cassinhapm@hotmail.com .

O pesquisador responsável é a Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa que pode ser encontrada no endereço Rua José Urbano, 415 – Jd. Palma Travassos – Ribeirão Preto/SP ou pelo telefone (16) 99921809. Se houver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNAERP (CEP) – Av. Costábile Romano 2201- Bloco C ou por e-mail: Irezende@unaerp.br ou pelo telefone (16) 3603-6915 de segunda a sexta-feira, das 15:00 às 19:00 horas.

CUSTO E COMPENSAÇÃO PELA PARTICIPAÇÃO

Não existirá nenhum custo para participar do estudo. Também não haverá nenhum tipo de recompensa para as participantes

CONFIDENCIALIDADE DOS REGISTROS

Os registros da participação das mães neste estudo serão guardados por cinco anos e mantidos confidenciais, salvo se a revelação seja requerida por lei. Se os resultados deste estudo vierem a ser publicados ou apresentado em reuniões científicas as participantes não serão identificadas, serão usadas apenas as iniciais dos nomes.

DESTINAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS

Os pesquisadores assumem o compromisso de utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA E DIREITO DE RETIRADA

A sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Você pode decidir fazer parte ou não da pesquisa sem nenhum dano. Você poderá sair deste estudo a qualquer momento ou por qualquer motivo, sem nenhuma penalidade .

CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informada da pesquisa , por meio da leitura deste termo descrevendo estudo “As dificuldades das mães de recém-nascidos prematuros pós-alta hospitalar”.

Fica claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus riscos ou desconfortos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Também torna-se claro que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo. Não haverá nenhuma recompensa para participar deste estudo.

Nome da participante em letra de forma

Assinatura da participante

Data __/__/____

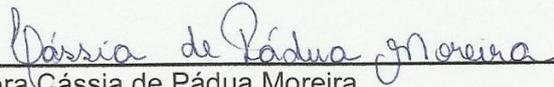
Nome da testemunha em letra de forma

Assinatura da testemunha

Data __/__/____

Data __/__/__

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste representante legal para a participação neste estudo.



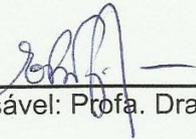
Pesquisadora Cássia de Pádua Moreira

RG: MG 6. 904.009

CPF: 903.359.886.87

Tel: (35) 99029411

Data __/__/__



Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa

RG: 5698962-3

CPF 833909288- 04

TEL: (16) 99921809

Data __/__/__