

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

LUANA SANTOS DA SILVA

A FAMÍLIA E O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO:

desafios do cuidado domiciliar no Brasil

Porto Alegre

2011

LUANA SANTOS DA SILVA

A FAMÍLIA E O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO:

desafios do cuidado domiciliar no Brasil

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a conclusão do curso e obtenção do título de Enfermeiro

Orientador: Prof^a. Dr^a. Anne Marie Weissheimer

Porto Alegre

2011

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados pais, Valena e Roni, que são os responsáveis por quem sou e pelo caminho que resolvi trilhar. Um caminho que só pôde ser trilhado a partir dos passos iniciais ensinados por eles. Esses ensinamentos jamais deixarão de fazer parte do caminho, desejado por muitos, mas abraçado apenas por aqueles com as doses de coragem e amor necessárias. A minha escolha por dedicar a vida a cuidar de outros seres foi influenciada pelo amor que sempre me deram, amor esse tão grande que é necessário compartilhar.

As professoras que lapidaram minha educação, que me deram exemplo de enfermeiras maravilhosas. Em especial as minhas chefias do Serviço de Enfermagem Materno Infantil do HCPA, Luzia por me ensinar o significado da ética, respeito e seriedade dessa profissão tão cheia de responsabilidades; Virgínia pela energia e crença na possibilidade de mudar a realidade. À professora Gema por me ensinar a “respirar”, a enxergar as pessoas na sua integralidade e pelo apoio em um momento muito difícil. As minhas queridas orientadoras, Ana Bonilha e Anne Marie pelas orientações, pelo incentivo, mas acima de tudo por compartilhar comigo uma sabedoria que vou levar por toda a minha vida.

À enfermeira e amiga Rozimeli, que me acolheu, me deu exemplo de como ser uma enfermeira completa, cuidando não apenas do paciente, mas de toda a sua família, me mostrando o real significado da palavra “assistência”, e tudo isso feito por amor.

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa de pesquisa, cuja metodologia baseou-se na proposta de Cooper, que objetivou identificar os temas relacionados ao cuidado dos recém-nascidos pré-termo pela família após a alta hospitalar no Brasil. O estudo contou com a totalidade de 9 artigos inseridos nas bases de dados LILACS e BIREME, publicados entre janeiro do ano de 2001 e dezembro do ano de 2010. A revisão possibilitou a identificação de 6 temas e 18 subtemas, sendo os mais citados nos artigos a importância do período hospitalar, o apoio familiar para o cuidado e o cuidado centrado na figura materna, aparecendo sete, seis e cinco vezes respectivamente. Esta revisão possibilitou a constatação de que a qualidade do cuidado domiciliar depende de vários fatores, sendo o período de internação hospitalar aparentemente o mais importante. Outro fator que interferiu na qualidade do cuidado foi o apoio familiar, principalmente do pai da criança. Mães que não tiveram apoio se sentiram desamparadas e inseguras. Mesmo com apoio, o cuidado foi exercido quase que exclusivamente pela mãe, reforçando a ideia de que cuidar de crianças é ainda uma tarefa unicamente feminina. O Método Canguru (MC) foi um facilitador do cuidado, independente de outros fatores, indicando a grande importância desse método, sendo também um fator protetor para o aleitamento materno, visto que a única pesquisa que referiu sucesso com a amamentação foi realizada com mães participantes do MC. A falta de conteúdo relacionado com aleitamento materno, na maioria dos artigos, sugere que as mães e seus bebês não estabeleceram a amamentação na sua plenitude. O acompanhamento pós-natal, tanto em ambulatório hospitalar quanto na rede básica foi insatisfatório, com pouca cobertura e baixa qualidade. Há falta de estratégias e programas, tanto no âmbito hospitalar como na rede básica. O período de internação deve funcionar como um período de aprendizado, pois é importante deixar a família preparada para o cuidado domiciliar. Para isso, a família deve participar dos cuidados com o bebê, receber informações relativas ao estado de saúde, aos cuidados especiais, como agir em casos de urgências e intercorrências e informações sobre o seguimento após a alta. Além disso, o sistema de referência e contra-referência deve ser mais eficiente, e os profissionais da rede básica devem estar mais atentos a essa população vulnerável.

Descritores: Cuidado do Lactente, Recém-nascido Prematuro, Enfermagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	8
3 MÉTODO	9
3.1 Tipo de estudo.....	9
3.2 Questão norteadora.....	9
3.3 Coleta de dados.....	9
3.4 Catalogação dos estudos.....	10
3.5 Análise de dados.....	10
3.6 Apresentação dos resultados.....	10
3.7 Aspectos éticos.....	10
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
4.1 Caracterização da amostra.....	11
4.2 Temas obtido através da análise da amostra.....	16
4.2.1 Quando o bebê chega ao domicílio.....	17
4.2.1.1 A CHEGADA DO BEBÊ NO DOMICÍLIO.....	17
4.2.1.2 MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA.....	18
4.2.1.3 CRENÇAS E VALORES	18
4.2.2 O recém-nascido pré-termo.....	19
4.2.2.1 TAMANHO E FRAGILIDADE.....	19
4.2.2.2 INSTABILIDADE DA SAÚDE DA CRIANÇA.....	19
4.2.2.3 SIGNIFICADO DAS MANIFESTAÇÕES.....	19
4.2.3 Cuidados básicos.....	20
4.2.3.1 ALIMENTAÇÃO.....	20
4.2.3.2 RIGOR NOS HORÁRIOS DOS CUIDADOS.....	21
4.2.3.3 PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	21
4.2.3.4 SONO.....	22
4.2.4 A importância do período hospitalar.....	22
4.2.5 Cuidado centrado na figura materna e cuidado familiar.....	26
4.2.5.1 CUIDADO CENTRADO NA FIGURA MATERNA.....	26
4.2.5.2 O APOIO FAMILIAR PARA O CUIDADO.....	27
4.2.5.3 PARTICIPAÇÃO PATERNA.....	28
4.2.6 Expectativas em relação ao futuro do bebê pré-termo e o seguimento após alta hospitalar.....	29
4.2.6.1 DESENVOLVIMENTO E SEQUELAS.....	29
4.2.6.2 EXPECTATIVAS SOCIAIS.....	30
4.2.6.3 SEGUIMENTO APÓS ALTA HOSPITALAR.....	30
4.2.6.4 INTERCORRÊNCIAS.....	31
4.2.6.5 REINTERNAÇÃO.....	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A	37
ANEXO A	38

1 INTRODUÇÃO

As gestações, na maior parte dos casos, se constituem em um fenômeno fisiológico, sem apresentar variações ou anormalidades. Porém, há uma parcela das gestações que sofrem algum tipo de agravo, aumentando a probabilidade de uma evolução desfavorável, tanto para a mãe quanto para o bebê (BRASIL, 2010).

Um dos agravos que podem acometer as gestantes é o parto prematuro, que acontece quando a gestante entra em trabalho de parto antes de completar a 37ª semana.

A etiologia do parto prematuro é multifatorial. A fragilidade dos recém-nascidos pré-termos os predispõe a riscos, agravos e sequelas de diversos tipos, incluindo consequências no processo do desenvolvimento e crescimento infantil (RAMOS; CUMAN, 2009).

Entre as morbidades mais associadas à prematuridade estão: displasia broncopulmonar, leucomalácia periventricular enterocolite necrosante, hemorragia peri-intraventricular, sequelas de infecções hospitalares, síndrome do desconforto respiratório, comprometimento da visão e audição (BRASIL, 2011).

Dados do DATASUS indicam que aproximadamente 6,8% dos nascimentos no Brasil são de pré-termos e estes respondem por 51,6% da mortalidade infantil (BRASIL, 2011). Esses dados refletem os riscos a que esses bebês estão expostos, em função de sua imaturidade e as sequelas decorrentes das internações em unidades de intensivismo neonatais. Além disso, pesquisas têm demonstrado o alto índice de reinternações dos bebês prematuros. Hayakawa et al. (2010), em uma pesquisa realizada com 53 recém-nascidos prematuros, constataram que 30,2% deles reinternaram nos seis primeiros meses de vida.

A redução da mortalidade neonatal e a melhoria dos demais indicadores de resultado no cuidado com recém-nascidos pré-termo passam pela atuação efetiva em todas as etapas que envolvem a gestante e o recém-nascido, incluindo o compromisso com o acompanhamento ambulatorial após a alta hospitalar (CARVALHO; GOMES, 2005).

Os principais objetivos do acompanhamento ambulatorial do recém-nascido pré-termo são: promover a supervisão de saúde, com orientações quanto à nutrição e ao crescimento e desenvolvimento da criança; Oferecer suporte emocional à família e à criança; Avaliar riscos e eventuais alterações no crescimento e

desenvolvimento da criança, com técnicas de estimulação essencial e orientação interdisciplinar; Inserir os nascidos prematuros na sociedade, como seres bem adaptados, funcionais e com boa qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Porém, não há programas públicos de saúde que atendam exclusivamente essa população, com exceção do Método Canguru (MC). A Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - MC - é uma política de saúde instituída pelo Ministério da Saúde aprovada pela portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2007).

Constitui-se em um tipo de assistência neonatal que implica no contato pele a pele precoce entre mãe (ou outro familiar) e recém-nascido de baixo peso, e está dividida em três etapas: na primeira são dadas as orientações sobre a saúde do bebê e sobre as vantagens do método, além de esclarecer a maneira como ele deve ser realizado; na segunda etapa, mãe e bebê realizam a posição canguru assim que este se encontra estável e, por fim, na terceira etapa, a mãe continua realizando o método no domicílio e o recém-nascido é acompanhado no ambulatório após a alta. (BRASIL, 2009). Para que a última etapa seja implantada, conforme o material disponibilizado pelo Ministério da Saúde, é preciso que haja alguns pré-requisitos: segurança materna quanto aos cuidados do bebê; motivação e compromisso para a realização do método pelo maior número de horas por dia; peso mínimo de 1.500g; ganho de peso adequado nos três últimos dias de internação hospitalar; condição de recorrer à unidade hospitalar de origem a qualquer momento, entre outros (BRASIL, 2009). No entanto, nota-se algumas limitações na adoção do MC em sua plenitude nas instituições brasileiras, que se traduzem em um número insuficiente programas do MC implantados nas unidades hospitalares, no baixo seguimento ambulatorial e no fato do bebê receber alta do método quando atinge o peso de 2.500g (BRASIL, 2009). Isso implica em que a pequena parcela de recém-nascidos pré-termo que tem a possibilidade de participar do método, após receber alta ainda com baixo peso, frequentemente recebe o mesmo tipo de acompanhamento de um recém-nascido a termo.

Quando o bebê recebe alta hospitalar, sobretudo quando não há garantia de um seguimento especializado na rede básica de saúde, os pais se deparam com a responsabilidade de cuidar sozinhos desse bebê. Esse cuidado não se refere apenas à manutenção da vida, mas também a um cuidado que garanta qualidade de

vida e desenvolvimento adequado, com atenção às particularidades que ocorrem em decorrência de sua prematuridade.

O momento da alta hospitalar do recém-nascido pré-termo é um momento muito esperado pelos pais. É importante ressaltar que as orientações, no contexto hospitalar, devem ser dadas de forma contínua, e não apenas no momento de levar o filho para a casa, para que os pais possam se transformar em colaboradores na promoção da saúde do bebê, e para que adquiram certas habilidades essenciais para realizar o cuidado no domicílio. Sendo assim, dependendo da condição clínica do bebê, o fato de esse bebê ir pra casa vai exigir da família disposição e compreensão para cuidá-lo. (RABELO *et al.*, 2007).

Também é preciso pensar na mãe que leva pra casa um bebê que não era esperado naquele momento, pois a mulher espera gestar os 9 meses, e por mais realista que seja, geralmente não se prepara para a possibilidade de um parto prematuro, a menos que isso seja algo iminente durante a gestação.

O nascimento prematuro se torna um trauma para o bebê e para a mãe. A mãe precisa elaborar a distância entre o bebê imaginário e o real. Este parece frágil, muito pequeno, não apresenta no rosto traços que possibilitam a percepção da unidade familiar. É diferente do bebê imaginário saudável, gordinho, com traços da mãe e do pai. A mãe, na maioria das vezes, ainda tem que lidar com as barreiras físicas da UTIN, dificultando o contato (MOREIRA, 2007).

Tendo em vista todas essas particularidades do recém-nascido pré-termo (a imaturidade e sequelas, a alta taxa de reinternação, morbidade e mortalidade, e a falta de programas específicos para acompanhamento), surgiu o interesse em estudar como esses indivíduos tão particulares são cuidados no domicílio, a fim de entender melhor as dificuldades das famílias, para melhor atendê-las e assim promover a qualidade de vida do recém-nascido pré-termo e sua família.

2 OBJETIVOS

Identificar os temas relacionados ao cuidado dos recém-nascidos pré-termo pela família após a alta hospitalar, segundo a literatura de pesquisas realizadas no Brasil.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Foi realizada uma revisão integrativa de pesquisa, baseada na metodologia proposta por Cooper (1982), que afirma que esse tipo de estudo visa a construção de uma análise abrangente da literatura de forma a se obter um amplo conhecimento sobre um determinado assunto.

3.2 Questão norteadora

Como os recém-nascidos pré-termo são cuidados pela sua família no domicílio na realidade brasileira?

3.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados seguindo os seguintes critérios:

- Base de dados- LILACS e BIREME.
- Descritores: *prematureo, recém-nascido, recém-nascido prematureo, recém-nascido de baixo peso, recém-nascido de muito baixo peso, recém-nascido de extremo baixo peso, cuidado do lactente, cuidado infantil, saúde do lactente, mortalidade do lactente*, e seus equivalentes em inglês e espanhol, segundo os Descritores em Ciência da Saúde - DeCS.
- Critérios de inclusão: artigos em diferentes idiomas, tais como o português, inglês e espanhol, desde que as pesquisas tenham sido realizadas no Brasil.
- O período da publicação dos artigos foi de janeiro do ano de 2001 até dezembro do ano de 2010, resultantes de pesquisas primárias, disponível em texto completo.
- Critérios de exclusão: artigos que foquem, além do cuidado de recém-nascidos pré-termo, cuidados com recém-nascidos pré-termo com malformações congênitas e cuidados paliativos.

3.4 Catalogação dos estudos

Para a organização dos dados extraídos dos artigos foi utilizado um instrumento de coleta, elaborado especialmente para esse fim (APÊNDICE). O instrumento foi preenchido após leitura dos resumos, e aplicação dos critérios de inclusão.

3.5 Análise dos dados

Foi realizada a identificação dos temas contidos nos artigos selecionados, a constatação da sua frequência e o seu agrupamento, sendo realizada a síntese e discussão dos conteúdos dos artigos selecionados, assim como a comparação entre os resultados destes. Foram elaborados tabelas e quadros para facilitar o entendimento dos resultados.

3.6 Apresentação dos resultados

Para a apresentação dos resultados foi utilizado o modelo de quadro sinóptico (APÊNDICE B), resumindo-se as informações de cada artigo.

3.7 Aspectos éticos

Foram respeitadas a autoria dos artigos e das idéias. As referências seguiram as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT.

Além disso, o projeto foi submetido ao parecer da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da amostra

Quanto à caracterização da amostra, foram encontrados apenas nove artigos científicos que contemplam os critérios de inclusão, sendo que todos os artigos que respondem a questão norteadora estão disponíveis em texto completo. A Tabela 1 mostra o número de artigos encontrado para cada descritor, assim como o número de artigos utilizados para esta pesquisa, por descritor.

Tabela 1- Quantificação dos artigos segundo descritores

DESCRITORES	BASE DE DADOS	LILACS	BIREME	ARTIGOS SELECIONADOS
Prematuro		2.876	71.166	5
Recém-nascido		21.420	489.104	5
Recém-nascido prematuro		1.933	55.973	1
Recém-nascido de baixo peso		1.756	22.731	1
Recém-nascido de muito baixo peso		366	5.977	0
Recém-nascido de extremo baixo peso		39	775	0
Cuidado do lactente		1.279	20.733	3
Cuidado infantil		2.053	9.477	0
Saúde do lactente		4.154	56.803	0
Mortalidade do lactente		3.072	29.221	0
TOTAL		38.948	761.960	15

Cabe destacar o fato de que alguns artigos foram encontrados nas duas bases de dados e foram encontrados com mais de um descritor.

Todas as pesquisas foram publicadas em língua portuguesa e no Brasil sendo a primeira no ano de 2004 e a última no ano de 2010 (GRÁFICO 1).

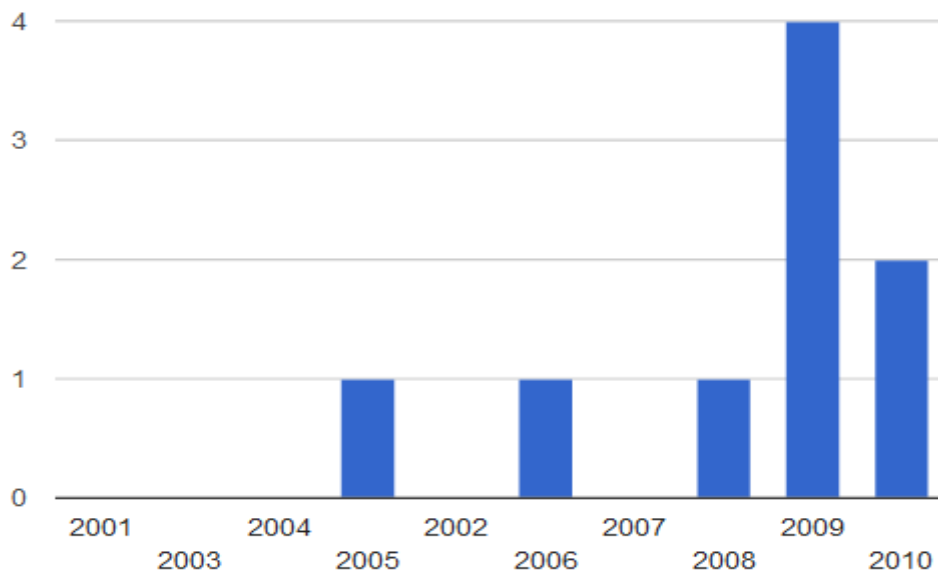


Gráfico 1: Distribuição das publicações ao longo dos anos

Quanto à localidade da coleta das pesquisas estas se concentraram na região Sul e Sudeste, como mostra a Figura 1.



Figura 1: Distribuição do local de coleta das pesquisas

O fato das pesquisas estarem concentradas nas regiões Sul e Sudeste pode se dar pela frequência um pouco mais elevada de nascimentos pré-termo nessas regiões do que nas outras, como mostra a Tabela 2 (BRASIL, 2011).

Tabela 2 - Distribuição de nascimento pré-termo por região geográfica, 2011

Região	De 22 a 36 semanas e 6 dias	Número total de nascidos vivos
Norte	16.653 (5,45%)	305.024
Nordeste	49.652 (5,9 %)	839.794
Sudeste	91.005 (8%)	1.122.038
Sul	29.892 (8%)	369.772
Centro-oeste	14.727 (6,6%)	220.383

Porém, isso por si só não justifica esse achado. Outro fator que pode contribuir para a concentração das publicações nessas regiões é o maior número de pesquisadores nas regiões citadas, como mostra a Tabela 3. Além disso, há um maior número de programas de pós graduação nas regiões sul e sudeste (BRASIL, 2010).

Tabela 3 - Distribuição dos pesquisadores por região geográfica – em áreas diversas, 2010

Região	Número de pesquisadores
Norte	8.304
Nordeste	26.716
Sudeste	62.630
Sul	29.895
Centro-oeste	11.656

Quanto aos autores, todos os artigos têm pelo menos como um autor o profissional enfermeiro.

Com relação ao método dos artigos selecionados, 100% deles utilizaram a pesquisa qualitativa. No Quadro 1, abordagem, o tipo de estudo e a amostra são caracterizados.

Nº	ABORDAGEM/ MÉTODO	PARTICIPANTES (N)	AMOSTRA (CARACTERÍSTICAS)
1	Abordagem qualitativa / descritivo e exploratório	3	Mães de recém-nascidos pré-termos extremos internados na UTIN
2	Abordagem qualitativa / descritivo com a utilização da técnica de grupo focal	28	Mães de recém-nascidos pré-termos internados na UTIN
3	Abordagem qualitativa / sem especificação	5	Famílias de recém-nascidos pré-termos usuárias do ambulatório (MMC)
4	Abordagem qualitativa / descritivo	7	Mães de recém-nascidos pré-termos internados na UTIN (MMC)
5	Abordagem qualitativa / hermenêutico / descritivo	6	Famílias de recém-nascidos pré-termos, internados na UTIN
6	Abordagem qualitativa / descritivo	20	Famílias de recém-nascidos de alto risco (16 pré-termos), usuárias do ambulatório
7	Abordagem qualitativa / sem especificação	12	Mães de recém-nascidos pré-termos, rastreamento das crianças pré-termo do município
8	Abordagem qualitativa / etnográfico	6	Pais de recém-nascidos pré-termo internados na UTIN
9	Abordagem qualitativa / método criativo sensível	5	Famílias de recém-nascidos pré-termo internados da UTIN

Quadro 1 – Caracterização da amostra quanto à abordagem, tipo de estudo, N e características da amostra utilizada. Porto Alegre, 2011.

O quadro sinóptico desta revisão está representado no Quadro 2, contendo título, autores, ano de publicação, tipo de estudo, objetivos e assuntos abordados.

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	ASSUNTOS ABORDADOS
1	Faces do cuidado ao prematuro extremo no domicílio	Soares et al.	2010	Abordagem qualitativa, estudo descritivo e exploratório.	Conhecer as principais dificuldades, facilidades e preocupações no cuidado à criança nascida prematura extrema no domicílio, sob a ótica das mães.	Tamanho e fragilidade do bebê, instabilidade da saúde da criança, significado das manifestações, alimentação, rigor nos horários dos cuidados, sono, a importância do período hospitalar, cuidado centrado na figura materna, o apoio familiar para o cuidado, participação paterna, desenvolvimento e sequelas, reinserção.
2	Vivência materna com o filho prematuro: Refletindo sobre as dificuldades do cuidado	Souza et al.	2010	Abordagem qualitativa, estudo descritivo com a utilização da técnica de grupo focal.	Analisar as vivências maternas com o filho prematuro durante a hospitalização no UTIN e posteriormente no ambiente domiciliar, para o mesmo grupo de mulheres, buscando identificar interações existentes entre esses momentos, com vista à ampliação do cuidado do recém-nascido e a família do prematuro desde o nascimento até o seguimento domiciliar.	Mudanças no estilo de vida, crenças e valores, tamanho e fragilidade do bebê, significado das manifestações, alimentação, prevenção de doenças, a importância do período hospitalar, cuidado centrado na figura materna, participação paterna, desenvolvimento e sequelas, seguimento após alta hospitalar.
3	A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio	Costa et al.	2009	Abordagem qualitativa, (sem especificação)	Compreender como se dá a interação da família com o recém-nascido prematuro no domicílio, nas primeiras semanas após a alta hospitalar.	A chegada do bebê no domicílio, mudanças no estilo de vida, significado das manifestações, prevenção de doenças, a importância do período hospitalar, cuidado centrado na figura materna, o apoio familiar para o cuidado, participação paterna, expectativas sociais.
4	O cuidado da criança prematura no domicílio	Moraes, Quirino; Almeida	2009	Abordagem qualitativa, estudo descritivo.	Identificar o cuidado domiciliar prestado pela mãe e/ou responsáveis pelo cuidado da criança prematura; descrever o cuidado prestado ao prematuro no domicílio; descrever os aspectos que interferem neste processo de cuidar da criança prematura.	Tamanho e fragilidade do bebê, instabilidade da saúde da criança, alimentação, rigor nos horários dos cuidados, prevenção de doenças, a importância do período hospitalar, cuidado centrado na figura materna, o apoio familiar para o cuidado, desenvolvimento e sequelas, seguimento após alta hospitalar, intercorrências.
5	O segmento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal.	Viera; Mello	2009	Abordagem qualitativa e aproximação à hermenêutica, estudo descritivo.	Descrever como ocorre o cuidado após a alta do Pré-termo e Baixo peso ao nascer da UTIN, no que tange ao seguimento dessa clientela no contexto do domicílio e dos serviços de saúde do município de Cascavel-PR.	Seguimento após alta hospitalar.
6	Cuidado domiciliar de recém-nascidos Egressos da terapia intensiva: Percepção de familiares.	Tronco et al.	2009	Abordagem qualitativa, estudo descritivo.	Conhecer as percepções de familiares no cuidado ao RN de alto risco após a alta hospitalar.	Tamanho e fragilidade do bebê, alimentação, a importância do período hospitalar, cuidado centrado na figura materna, o apoio familiar para o cuidado.
7	Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio.	Simioni; Gelb	2008	Abordagem qualitativa, (sem especificação)	Conhecer a percepção das mães de crianças nascidas prematuras acerca do apoio social recebido no domicílio para o cuidado do recém-nascido.	O apoio familiar para o cuidado.
8	Cuidar e conviver com o filho prematuro: a experiência do pai.	Tronchin; Tsunechiro.	2006	Abordagem qualitativa / Etnografia.	Descrever e compreender a experiência do pai do recém-nascido prematuro de muito baixo peso na internação hospitalar e no domicílio.	A chegada do bebê no domicílio, mudanças no estilo de vida, crenças e valores, a importância do período hospitalar, participação paterna.
9	O cuidar de crianças egressas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no espaço domiciliar: Instrumentos mediadores das famílias.	Moraes; Cabral.	2004	Abordagem qualitativa / método criativo sensível.	Descrever e analisar como se dá a internalização e incorporação de instrumento mediador do cuidado pelas famílias no cotidiano do cuidar.	A importância do período hospitalar.

4.2 Temas obtidos através da análise da amostra

Dos artigos utilizados, oito discursaram sobre o cuidado familiar centrado na figura materna. Apenas um trouxe o pai como foco da pesquisa.

A análise da amostra permitiu que fossem obtidos 6 temas e 18 subtemas. A divisão dos temas e subtemas está representada na Figura 2.

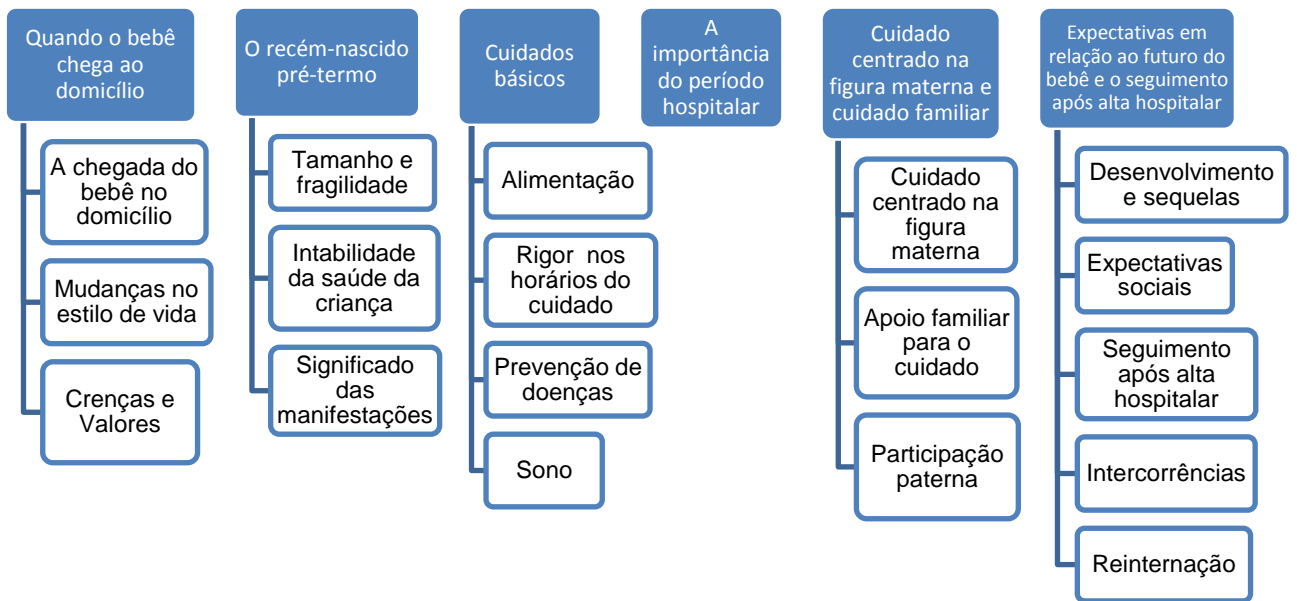


Figura 2: Divisão de temas e subtemas identificados nos artigos que compõem a amostra.

A frequência com que esses subtemas aparecem nos artigos que compõem a amostra está exposta no Gráfico 2.

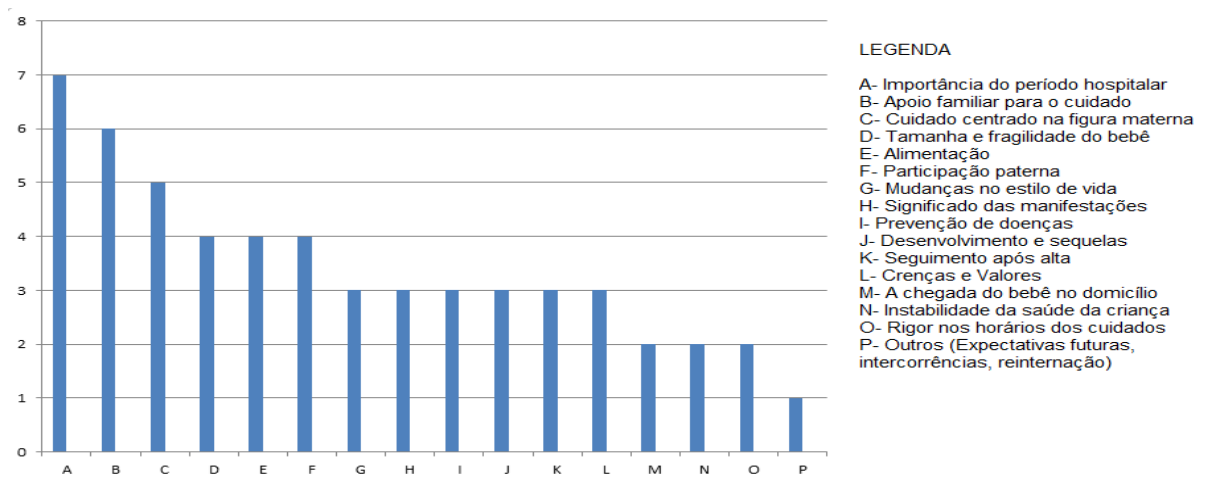


Gráfico 2 – Quantificação dos subtemas abordados na pesquisa
Os temas e seus subtemas específicos são apresentados a seguir.

4.2.1 Quando o bebê chega ao domicílio

Este tema subdivide-se em outros 3 subtemas. Este tema trata a reação da família e seus sentimentos com relação à chegada do bebê no domicílio, e as modificações no estilo de vida que esse evento trouxe pra os cuidadores.

4.2.1.1 A CHEGADA DO BEBÊ NO DOMICÍLIO

Duas pesquisas descreveram a manifestação da família com a chegada do bebê no domicílio. No estudo realizado por Tronchin e Tsunechiro (2006) os pais descrevem o acolhimento do filho em casa, lembrando os primeiros meses de adaptação, expondo os medos e a insegurança. Este período foi permeado pelo prazer de estar com a criança, mas ocorreram dificuldades inerentes ao processo de adaptação, sobretudo as necessidades de cuidados especiais (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006).

Na pesquisa realizada por Costa *et al.*, (2009), as mães entrevistadas relataram que todos os membros da família e amigos se mostraram carinhosos, abraçando e beijando o recém-nascido; queriam saber tudo sobre o bebê, e questionam sobre o estado da criança sempre que a mãe retorna do médico com o recém-nascido. As crianças também demonstram grande interesse com a chegada do recém-nascido, querendo ajudar os adultos nos cuidados. Querem brincar, pegar, balançar, dizendo que o bebê é também deles.

4.2.1.2 MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA

Três pesquisas relataram as mudanças no estilo de vida dos cuidadores, uma delas focando na figura paterna.

O nascimento de um bebê prematuro e seu cuidado domiciliar gera profundas modificações no modo de vida das famílias (SOUZA *et al.*, 2010; COSTA *et al.*, 2009; TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006).

Tronchin e Tsunechiro (2006), em pesquisa realizada com os pais dos bebês pré-termo, relatam que os participantes da pesquisa enfatizam o passar mais tempo em casa como uma das principais mudanças na rotina diária. Para os autores, a chegada do bebê pré-termo efetivamente deixa marcas, alterando o rumo de suas vidas e os obrigando a alterar o dia-a-dia.

O aumento da responsabilidade e o amadurecimento também foram citados como consequências de ter que cuidar de um bebê pré-termo (SOUZA *et al.*, 2010; TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006)

Além disso, com relação às mães, essas deixam de fazer outras coisas para se dedicar quase que exclusivamente aos cuidados com o recém-nascido (SOUZA *et al.*, 2010; COSTA *et al.*, 2009). Essa mudança refletiu também nos cuidados com os outros filhos, no sentido que desperta nas mães um maior senso de responsabilidade e afetividade (COSTA *et al.*, 2009).

4.2.1.3 CRENÇAS E VALORES

Quando os bebês chegam ao domicílio, surgem dos familiares e amigos diversos comentários a cerca dos aspectos do bebê. O contexto sociocultural está impregnado de simbolismos baseado no desconhecimento ou crenças a respeito do nascimento prematuro (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006). As falas giram em torno do tamanho do bebê, com a crença de que bebês pequenos não sobrevivem, ou em torno de superstições, como na fala: "sempre ouvi falar, que pra viver tem que nascer de sete ou de nove meses, porque são números ímpares...". Curiosamente nenhum outro estudo citou este assunto.

Em relação à religiosidade, independente de ter uma religião ou não, a fé em Deus apareceu como suporte básico para superar as dificuldades encontradas. Os pais associaram a sobrevivência da criança à fé em Deus (SOUZA *et al.*, 2010; TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006).

4.2.2 O recém-nascido pré-termo

Este tema subdivide-se em três outros subtemas. São abordadas aqui as particularidades do recém-nascido pré-termo e a relação da família com essas particularidades.

4.2.2.1 TAMANHO E FRAGILIDADE DO BEBÊ

Quatro dos nove artigos trouxeram o tema "Tamanho e fragilidade do bebê", e foram unânimes ao afirmar que as mães consideram o tamanho pequeno, comparado a um bebê a termo, fato que dificulta o cuidado. Para Moraes, Quirino, Almeida (2009) e Souza *et al.*, (2010), para a família a prematuridade é associada

diretamente com a fragilidade, tornando os bebês mais suscetíveis a doenças e intercorrências, necessitando assim de cuidados mais intensos. Tronco *et al.*, (2009) acredita que a percepção do bebê como muito pequeno pela família é motivo de ansiedade e medo. Na pesquisa realizada por Soares *et al.*, (2010) uma das três mães participantes do estudo relatou que o tamanho do bebê não interferiu no cuidado, fato que os pesquisadores associaram a presença constante desta mãe durante a internação do recém-nascido.

4.2.2.2 INSTABILIDADE DA SAÚDE DA CRIANÇA

Duas pesquisas citam a instabilidade da saúde da criança. O sentimento de instabilidade diante das condições de saúde do bebê provoca grandes preocupações na família, gerando medo de vivenciar novamente o período de hospitalização, com todo o sofrimento, manipulações e medo da morte (SOARES *et al.*, 2010). Quando o recém-nascido recebe alta hospitalar, as preocupações com a manutenção da vida são substituídas pelas preocupações com a manutenção da saúde. Isso se deve à percepção e à constatação de que ainda há riscos para o bebê (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

4.2.2.3 SIGNIFICADO DAS MANIFESTAÇÕES

Três pesquisas mencionam as atribuições das mães para as manifestações do bebê. As mães atribuem grande valor a pequenos gestos do bebê, como o choro e o sorriso e associam esses gestos ao desenvolvimento dele (SOUZA *et al.*, 2010). Entendem essas manifestações como uma forma de comunicação entre elas e o bebê (SOARES *et al.*, 2010). Para Costa *et al.*, (2009), ver o sorriso do bebê é uma forma da mãe sentir-se recompensada, fazendo com que o trabalho de cuidar do filho pré-termo seja atenuado.

4.2.3 Cuidados básicos

Este tema subdivide-se em quatro outros subtemas. São abordados aqui os cuidados básicos que foram identificados na amostra da presente pesquisa.

4.2.3.1 ALIMENTAÇÃO

A alimentação apareceu em quatro pesquisas, sendo que dessas apenas três se referiam diretamente ao aleitamento materno.

Dos artigos que compõem a amostra, três concordam que a alimentação é uma das principais dificuldades encontradas pelas mães. (SOARES *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2010; TRONCO *et al.*, 2009). Para Soares *et al.*, (2010) a alimentação tomava muito tempo e envolvimento das mães nas rotinas de cuidado. Para essas mães não havia horários fixos para alimentar os bebês, sendo eles alimentados sempre que solicitavam; nessa pesquisa o aleitamento materno não é citado diretamente.

Para as mães da pesquisa realizada por Souza *et al.*, (2010), a alimentação é motivo de insegurança e preocupação, a manutenção da lactação foi citada como a principal dificuldade. Esta pesquisa relata a constatação das mães de que as informações dadas durante a internação do bebê, principalmente relacionadas com a alimentação, são insuficientes. As dificuldades com a amamentação apareceram ainda durante o período hospitalar, fato comprovado pelo alto consumo de leite materno do Banco de Leite Humano. Os pesquisadores sugerem avaliação das práticas relacionadas com o aleitamento materno utilizadas na instituição pesquisada, para que as mães possam superar as eventuais dificuldades com a amamentação durante a hospitalização do seu filho, garantindo assim maiores chances de sucesso na amamentação após a alta hospitalar (SOUZA *et al.*, 2010).

Na pesquisa realizada por Tronco *et al.*, (2009), além da dificuldade de manter a lactação, fato relacionado ao longo período de internação do bebê e a ansiedade da mãe referente ao seu estado clínico do bebê, foi citado o uso da mamadeira como fator que interfere negativamente no aleitamento materno. Para amenizar esta situação, os pesquisadores destacam a importância da comunicação entre o serviço terciário e a atenção básica como forma de dar suporte às mães que tem dificuldades em manter a amamentação após a alta hospitalar. Além disso, destacam a importância de incentivar a mãe a acompanhar o bebê durante a hospitalização, aumentando assim o vínculo com o seu filho, gerando bem estar, tranquilidade e segurança, o que segundo eles, são condições importantes na manutenção da amamentação.

Uma situação um pouco diferente é evidenciada na pesquisa realizada por Morais, Quirino e Almeida (2009). As mães dessa pesquisa amamentaram seus

filhos com sucesso e tinham o aleitamento materno exclusivo como prioridade, somente sendo mantidas as preocupações relativas à quantidade e à frequência da amamentação. Fica evidente que essa diferença se dá ao fato dessas mães realizarem o MC.

4.2.3.2 RIGOR NOS HORÁRIOS DOS CUIDADOS

Dois artigos demonstraram a preocupação das mães com o rigor no horário dos cuidados, principalmente em relação ao banho, alimentação e medicamentos (SOARES *et al.*, 2010; MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009). A fala “hora certa” foi citada por mais de uma mãe na pesquisa de Moraes, Quirino e Almeida (2009).

Para Soares *et al.*, (2010), a reinternação de um dos bebês foi o que fez a mãe adotar o hábito de fazer tudo no mesmo horário, apesar da orientação da equipe de saúde de que isso não era necessário.

4.2.3.3 PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Dos nove artigos que compõem a amostra, três relataram a preocupação das mães com a prevenção de doenças e as atitudes tomadas para evitá-las. A restrição de contato com outras pessoas foi a tática comum entre todas as mães para limitar a exposição aos agentes infecciosos. 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 tragam da rua germes causadores de doenças. Esse fato apareceu nas três pesquisas, e as mães, para contornar esta situação, tomaram uma atitude ativa para impedi-la, limitando a manipulação do bebê, as visitas e explicando a fragilidade dele (SOUZA *et al.*, 2010; COSTA *et al.*, 2009; MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Os cuidados com utensílios e vacinação apareceram em apenas uma pesquisa. Há a indicação de que o assunto “vacinação” foi questionado pelos pesquisadores, não surgindo das mães como um tema espontâneo. Todas elas relataram saber da importância da imunização dos bebês, porém consideravam que as vacinas eram fortes demais para seus filhos, ou foram desencorajadas a realizá-las pelo próprio profissional de saúde da rede básica (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Com relação aos cuidados com utensílios, as mães mostraram preocupação com a higiene dos objetos usados pelo bebê para prevenção de doenças. A fervura

de mamadeiras e chupetas foi citada pelas mães (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009). Ainda na pesquisa realizada por Moraes, Quirino e Almeida (2009), as mães citaram a lavagem de mãos como mais uma forma de prevenir doenças.

4.2.3.4 SONO

Em apenas um artigo apareceu o sono do bebê como tema de cuidado. As mães relataram o fato dos bebês dormirem durante o dia e se manterem acordados durante a noite. Além disso, uma das mães relatou a necessidade de manter o bebê dormindo junto dela na cama, relutando em colocá-lo no berço (SOARES *et al.*, 2010).

Chama a atenção não ter aparecido em nenhuma das pesquisas relatos sobre cuidados com roupas e brinquedos. Além disso, relatos sobre o banho apareceram apenas relacionados com o rigor dos horários, deixando uma lacuna sobre local do banho, temperatura e limpeza da água, produtos de higiene utilizados no bebê, cuidados com ouvido, coto e pele.

4.2.4 A importância do período hospitalar

Várias pesquisas chamaram atenção à importância do período hospitalar para o sucesso do cuidado domiciliar. Mesmo com a possibilidade de subdividir esse assunto em alguns subtemas, como presença e participação no cuidado, orientação de alta, orientação profissional para o cuidado e comunicação com a equipe de saúde, optou-se por fazer um único texto, pois esses subtemas se entrelaçam e se complementam, dificultando a sua separação.

Ao falar de cuidado domiciliar, é imprescindível que se considere o período de internação hospitalar. Dos nove artigos que fazem parte desta análise, sete deles demonstraram a importância desse período para o cuidado familiar após a alta hospitalar do recém-nascido. Segundo Moraes, Quirino e Almeida (2009) e Tronco *et al.*, (2009) a promoção do cuidado domiciliar deve iniciar durante a internação. Cabe a cada um dos profissionais de saúde ser um agente facilitador deste processo (SOARES *et al.*, 2010). Soares *et al.*, (2010) afirma ainda que, para manter a presença constante da mãe em uma unidade complexa como a UTIN é necessária uma modificação no espaço físico dessas unidades, no sentido de proporcionar um

ambiente seguro e de conforto, otimizando o tempo da presença materna junto ao recém-nascido pré-termo.

As pesquisas são unânimes ao afirmar que a presença do cuidador durante a internação, na sua grande maioria a mãe, facilita o cuidado domiciliar. Foi constatado que quando as mães têm a possibilidade de permanecer junto ao bebê, além de se sentirem seguras, acabam aprendendo com a equipe de saúde a cuidar e identificar as particularidades do recém-nascido pré-termo (SOARES *et al*, 2010; COSTA *et al*, 2009; TRONCO *et al*, 2009; MORAES; CABRAL, 2004).

Apesar da importância da presença da mãe, Souza *et al.*, (2010) ressaltaram as dificuldades de compreender o real papel da acompanhante na UTIN, pois, se em alguns momentos a participação dela parece necessária, em outros parece inconveniente, diante da resistência de alguns membros da equipe em fornecer informações sobre os bebês ou explicar alguns procedimentos que as mães poderiam realizar com seus filhos.

Dependendo da forma como se colocam, os profissionais podem favorecer a competência da mãe no cuidado ou contribuir para que a mãe se afaste, impedindo-a de exercer seu papel de cuidadora (Souza *et al*, 2010). Outro fator que pode dificultar o cuidado é o medo do desconhecido, gerando nos pais comportamentos que podem interferir no contato com a criança. Essa é uma situação que reforça a importância do enfermeiro estimular os familiares a prestarem cuidados para as crianças ainda na UTIN (TRONCO *et al.*, 2009).

Segundo Soares *et al.*, (2010), a questão de aceitação da mãe pela equipe de saúde a influencia emocionalmente e interfere no seu bem estar, pois quanto mais tranquila estiver a mãe, melhor poderá exercer o cuidado. A cuidadora deve sentir-se integrada no ambiente, pois ela representa um elo importante e significativo no processo de desenvolvimento e crescimento do prematuro. Essa presença envolve participação, observação e a orientação para o cuidado. Ainda na pesquisa de Soares *et al.*, (2010) temos a confirmação da importância da presença da cuidadora durante a internação, pois no estudo uma das mães teve a possibilidade de acompanhar o recém-nascido durante toda a hospitalização, e outra mãe adotou o bebê no final da internação hospitalar. A presença e a participação no cuidado durante a hospitalização proporcionaram à primeira mãe maior tranquilidade e segurança, situação não vivenciada pela mãe adotiva, o que ela entendeu como fato que dificultava o cuidado com o bebê posteriormente no domicílio, pois todos os

sentimentos gerados e a intensidade vivenciada estavam baseados no pouco tempo de interação com o bebê, de reconhecimento e adaptação às suas particularidades. Com relação às dificuldades encontradas pelas cuidadoras, estes autores afirmam que poderiam ter sido evitadas ou amenizadas se a equipe de saúde as incluísse no processo de cuidado como parte do tratamento à criança, e lhes possibilitassem atividades de educação sistematizada com momentos para tirar dúvidas e expor suas angústias e apreensões.

O apoio paterno à mãe é um fator que influencia positivamente na forma de cuidar (VER TEMA: apoio familiar para o cuidado), tendo em vista que, segundo Tronchin e Tsunechiro (2006), é fundamental pensarmos em programas de educação em saúde nas UTIN, envolvendo os pais no cuidado, considerando suas expectativas, o contexto sociocultural, para que esses sejam parceiros na transformação da realidade, obtendo um aprendizado bilateral, considerando os saberes da equipe de saúde e dos pais. Tronco *et al.*, (2009) também destacam as ações educativas, que podem contribuir para os familiares que serão futuros cuidadores domiciliares. O impacto dessa atividade reside na minimização de complicações no estado de saúde da criança e do número de reinternações hospitalares.

Para as cuidadoras participantes das pesquisas realizadas por Costa *et al.*, (2009) e Moraes, Quirino e Almeida (2009), a internação no MC foi um fator facilitador do cuidado. No MC as mães têm a oportunidade não só de observarem a equipe de enfermagem prestar o cuidado, como também aos poucos elas vão cuidando do bebê sozinhas. Isso possibilita que elas desenvolvam a habilidade para segurar o recém-nascido com técnica adequada para não perder calor e peso. As mães aplicaram este aprendizado no domicílio, cuidando do filho da mesma forma que lhes foi ensinado no hospital. Elas avaliam que se não tivessem a oportunidade desse aprendizado, não cuidariam tão bem como estão cuidando (COSTA *et al.*, 2009).

O estudo de Moraes, Quirino e Almeida (2009) demonstrou que os cuidados prestados à criança pelas mães que participaram do MC, referentes à higiene, alimentação e prevenção de infecções, foram adequados. Porém, quanto ao atendimento às intercorrências apresentadas pelo filho (como apnéia, refluxo gastroesofágico, cianose, por exemplo), as mães expressaram preocupação, insegurança e medo. Para atender a essa situação, os pesquisadores reforçam a

importância de se fornecer aos cuidadores de prematuros, durante sua permanência no MC, tanto as informações citadas anteriormente quanto as que dizem respeito a outras intercorrências. Segundo eles, o profissional responsável pelo ato de cuidar deve permitir que as necessidades sentidas pelas mães aflorem, em vez de determiná-las; devem desenvolver os cuidados do bebê conjuntamente com as mães, em vez de para as mães, dando-lhes oportunidade para falar sobre o medo, a ansiedade e insegurança para cuidar do filho.

Souza *et al.*, (2010) afirmam que não foram ofertados aos pais, de forma eficaz, o aprendizado e os esclarecimentos das possíveis intercorrências que acompanham a evolução do prematuro, de forma a torná-los mais competentes nos cuidados com o filho no domicílio.

Tronco *et al.*, (2009) ressaltam que mesmo sabendo que a presença da mãe ou cuidador é importante, deve-se atentar para o fato de que nem todas as mães podem acompanhar seu filho. Alguns fatores podem ou não determinar a permanência ou afastamento da mãe num momento de crise como é o da hospitalização. Fatores externos, como a estrutura familiar, a existência de outros dependentes além da criança hospitalizada, a sua inserção no meio social e as atividades cotidianas que desempenham podem ser circunstâncias que dificultem a permanência no hospital durante a internação do bebê. Tais fatores devem ser considerados sem o julgamento de que haja desinteresse da mãe pela criança, quando essa está sozinha no hospital.

Tronchin e Tsunehiro (2006) afirmam que os pais demonstram confiança na equipe de saúde e na assistência prestada, reforçando a importância dos profissionais estarem atentos para estimularem os pais a se apropriarem da linguagem verbal e não verbal no convívio com o filho. A confiança dos pais em relação à equipe de saúde torna-se crescente quando estes tomam atitudes baseadas em esclarecimentos, informações, atenção, acolhida e convívio diário.

4.2.5 Cuidado centrado na figura materna e cuidado familiar

Este tema subdivide-se em três outros subtemas. É discutida aqui a dinâmica familiar do cuidado, centrado na figura materna, e o papel dos outros membros da família como apoiadores e facilitadores do cuidado domiciliar.

4.2.5.1 CUIDADO CENTRADO NA FIGURA MATERNA

Cinco dos nove artigos identificam a mãe como a principal responsável pelo cuidado domiciliar do recém-nascido prematuro, reafirmando que o cuidado à criança é uma tarefa culturalmente delegada à mulher (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Para Costa *et al.*, (2009) e Soares *et al.*, (2010), por ser a principal cuidadora, muitas vezes a mãe acaba por ficar sobrecarregada. Além da falta de apoio paterno (COSTA *et al.*, 2009; SOARES *et al.*, 2010), a falta de apoio familiar para o cuidado (outros parentes morando longe, avós trabalhando) e a responsabilidade de cuidados com outros filhos pequenos, também interfere negativamente na sobrecarga materna (COSTA *et al.*, 2009). Mesmo quando há apoio familiar e envolvimento no cuidado, a principal cuidadora continua sendo a mãe (COSTA *et al.*, 2009; MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Para Souza *et al.*, (2010), o fato da mãe não dormir direito à noite, pois, preocupa-se em vigiar o sono do bebê, amamentá-lo e fazê-lo arrotar, causa grande desgaste físico.

Para os mesmo autores, as mães desenvolvem maior senso de responsabilidade por necessitar habilidades específicas para o cuidado do bebê. Essa realidade surge como um divisor entre o antes e o depois do nascimento prematuro (SOUZA *et al.*, 2010).

Na pesquisa realizada por Moraes, Quirino e Almeida (2009) é destacado que as mães demonstram preocupação com as suas habilidades para o cuidado. Surgiu, nesse estudo, a apreensão das mães de não saberem atender às necessidades do filho ou de expô-lo a situações de risco, pois encaram o cuidado como sendo especial e mais difícil do que o cuidado com um bebê a termo.

A dedicação, o carinho e o cuidado da mãe com o bebê são reconhecidos pelos membros da família. Eles ressaltam o sofrimento da mãe para cuidar do bebê, e que a sobrevivência dele deve-se à sua dedicação e cuidado (COSTA *et al.*, 2009).

Na pesquisa realizada por Soares *et al.*, (2010) as três mães estudadas referenciaram a experiência pessoal e a experiência com outros filhos como fator que facilita o processo de cuidado de um bebê pré-termo. Quando essa experiência foi com um filho também nascido prematuramente, esse cuidado deixou de ser novidade para a mãe, pois ela já estava familiarizada com a situação, que foi

encarada com naturalidade. Porém, Tronco *et al.*, (2009) afirma que mesmo já tendo outros filhos, as mulheres participantes do estudo não se sentiram preparadas com relação aos cuidados de uma criança nascida prematuramente.

4.2.5.2 O APOIO FAMILIAR PARA O CUIDADO

Seis dos nove artigos identificaram a relevância do apoio familiar para o cuidado, isto demonstra a importância desse apoio para garantir que os bebês nascidos pré-termo possam ser cuidados da melhor forma possível.

O apoio familiar é imprescindível para o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo e seu cuidado e desenvolvimento no domicílio. O apoio familiar pode ser expresso na forma de apoio emocional, financeiro ou no cuidado propriamente dito.

O nascimento de uma criança pré-termo, ou com qualquer outro problema é um momento decisivo, neste contexto o apoio familiar tem grande importância para contribuir com o cuidado domiciliar (TRONCO *et al.*, 2009).

Como já foi referido anteriormente, por ser a principal cuidadora, muitas vezes a mãe acaba por ficar sobrecarregada (COSTA *et al.*, 2009). Esta sobrecarga verifica-se principalmente em razão da ausência de apoio consistente, inclusive da rede familiar (SOARES *et al.*, 2010; COSTA *et al.*, 2009). Essa falta de apoio implica em a mãe assumir sozinha as atividades diárias e não ter com quem dividir as alegrias, as angústias e as inseguranças que muitas vezes permeiam o cuidado. Uma estrutura familiar bem-definida gera confiança, e conseqüentemente, mais tranquilidade para o cuidado (SOARES *et al.*, 2010).

As mães de recém-nascidos pré-termo, em sua maioria, percebem o apoio social advindo predominantemente de seu núcleo familiar, com destaque para as sogras e suas mães que constituem as fontes de apoio mais significativas (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009; SIMIONI; GEIB, 2008), seguido pelas cunhadas e pelo marido (SIMIONI; GEIB, 2008).

As mães que participaram da pesquisa realizada por Simioni e Geib (2008) ficaram divididas nos seus relatos, algumas se sentiram amparadas, enquanto outras se sentiram abandonadas e carentes de apoio após a alta hospitalar, o que ocasionou sentimentos de abandono e depressão, além da necessidade de ter uma pessoa para apoiá-las e para conversar. Estes pesquisadores afirmam que uma base segura foi percebida pelas mães como um fator que as ajuda a se tornarem mães bem sucedidas, com propensão para desenvolver comportamentos de

proteção, conforto e suporte, ingredientes esses de cuidado e de sobrevivência do recém-nascido pré-termo.

Ainda conforme os autores citados anteriormente, o apoio recebido e mais fortemente percebido pelas mães foi a ajuda para os afazeres domésticos. Com relação ao apoio material, os mesmos autores acreditam que a ajuda na divisão de responsabilidades financeiras possibilita às mães ficar mais tempo à disposição de seus filhos recém-nascidos e descansar nos momentos possíveis. Sentir-se confortada pela possibilidade de dedicar-se ao auto-cuidado e atendimento de suas necessidades básicas, permite à mãe conservar as energias necessárias às adaptações à criança e ao ambiente no período pós-parto (SIMIONI; GEIB, 2008).

Os autores Souza *et al.*, (2010) afirmam que o período em que as mães permaneceram no hospital com seus filhos ocasionou o afastamento da vida familiar e social. Eles ressaltam que o ideal seria um cuidado ampliado centrado na família e de articulação entre o hospital e redes de apoio social que favoreçam a manutenção da participação materna no seu convívio familiar e social, mesmo que por curtos períodos.

4.2.5.3 PARTICIPAÇÃO PATERNA

Quatro dos nove artigos mencionaram a importância da participação paterna para o cuidado, sendo que um deles teve justamente como foco de sua pesquisa os pais. SOARES *et al.*, (2010) constatou que a relação do casal faz parte da base para um cuidado saudável. Relações sólidas favorecem um maior envolvimento do pai no cuidado ao bebê, além de fornecer à mulher um amparo afetivo.

A ausência do pai e sua não participação no cuidado, principalmente quando não há apoio da família extensiva, é motivo de uma sobrecarga materna (SOARES *et al.*, 2010; COSTA *et al.*, 2009). Este fato pode implicar na impossibilidade de dividir as angústias, inseguranças e alegrias que permeiam o cuidado (SOARES *et al.*, 2010).

Tronchin e Tsunehiro (2006) afirmam que toda forma de participação paterna no processo de cuidar do recém-nascido é fundamental, como o toque, a visita, a conversa, a comunicação, as orientações, os incentivos e a acolhida. Os mesmos autores sugerem que o modelo tradicional de atendimento que, de alguma forma, conta com a participação materna, deve ser repensado, incorporando a presença do pai nas unidades neonatais, para que ele possa aprender a trabalhar com essa

realidade e garantir seu real papel no cuidado do filho. Para Souza *et al.*, (2010) os pais sentiram dificuldades por não terem sido inseridos ativamente na rotina de cuidados do bebê, além dos horários preestabelecidos de visita impostos pela instituição onde foi realizado o estudo.

4.2.6 Expectativas em relação ao futuro do bebê pré-termo e o seguimento pós alta hospitalar

Nesse item são discutidas as perspectivas de futuro para a criança nascida pré-termo, o seguimento hospitalar, assim como temas relacionados com intercorrências e reinternação.

4.2.6.1 DESENVOLVIMENTO E SEQUELAS

Apenas três estudos dos nove citaram a preocupação das mães com o desenvolvimento e possíveis sequelas do recém-nascido pré-termo. Para as mães da pesquisa realizada por Moraes, Quirino e Almeida, (2009) a preocupação com relação ao crescimento da criança foi demonstrada pela expectativa do aumento do comprimento e principalmente do peso. Além disso, avaliam o desenvolvimento conforme os movimentos físicos que o recém-nascido consegue fazer. Não foi mencionado desenvolvimento psicológico e nem maneiras de estimular o recém-nascido para prevenir possíveis sequelas. Segundo Souza *et al.*, (2010), quando o recém-nascido tem atitudes esperadas para os recém-nascidos a termo, como o choro e o sorriso (não tão identificadas nos bebês pré-termos), as mães fazem associação com o progresso no desenvolvimento.

Ainda pensando no futuro, as possíveis sequelas da prematuridade também foram citadas pelas mães da pesquisa realizada por Soares *et al.*, (2010), elas têm consciência dessa possibilidade, e dizem acompanhar todas as respostas da criança a estímulos, principalmente com relação a visão.

4.2.6.2 EXPECTATIVAS SOCIAIS

Embora vivendo situações difíceis durante a hospitalização, permeadas pela insegurança e o medo de perder o seu filho, com a melhora da saúde do bebê e com a sua vinda para casa, a família atribui um novo significado à condição de prematuridade, idealizando um futuro cheio de realizações, esperando que cresça

saudável, estude, trabalhe e tenha uma vida social estável. A mãe aspira que o bebê conquiste tudo o que ela não pode conquistar (COSTA et al, 2009).

4.2.6.3 SEGUIMENTO APÓS ALTA HOSPITALAR

Três estudos mencionaram o seguimento após a alta hospitalar, sendo que um deles discursou exclusivamente sobre esse assunto (VIEIRA; MELLO, 2009). SOUZA et al., (2010), que analisaram também o seguimento ambulatorial, recomenda retornos mais frequentes e a ampliação das visitas domiciliares pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, a fim de que possam minimizar as ansiedades e as inseguranças da família nos cuidados com o recém-nascido pré-termo em casa.

Para os autores Vieira e Mello (2009), cuja pesquisa foi realizada unicamente com usuários de serviços ambulatoriais, a falta de um contato mais próximo entre a família e a equipe do ambulatório básico de saúde, por exemplo, mediante a visita domiciliar, faz com que a família tenha dúvidas e dificuldades para efetuar o acompanhamento do bebê após alta. As famílias deste estudo não sabiam para onde se dirigir, achando que era próprio do serviço da rede básica fazer a busca da criança e de sua família para dar entrada no serviço e assim terem um acompanhamento. Como a busca ativa pela unidade básica de saúde não ocorreu como uma rotina e, quando aconteceu, houve uma intenção fiscalizadora e não de desenvolver um vínculo com a família, a responsabilidade de se inserir no serviço foi exclusivamente da família.

No mesmo estudo citado no parágrafo anterior (VIEIRA: MELLO, 2009) ficou claro que as famílias que realizavam o acompanhamento no ambulatório hospitalar demonstraram a mesma insatisfação das famílias que realizaram na rede básica. O vínculo entre a equipe do serviço do ambulatório hospitalar e a família também não ocorreu, dificultando o estabelecimento de confiança no serviço, surgindo dúvidas com relação à importância de fazer o seguimento do bebê, porque na ótica da família o cuidado prestado não foi satisfatório.

Segundo Moraes, Quirino e Almeida (2009) apenas uma das sete crianças do estudo teve acompanhamento pós-alta adequado, porém por meio de serviços privados. A opção pelo serviço pago também foi evidenciado por Vieira e Mello (2009) que referem que a escolha dos pais por esses serviços se deu por acreditarem que a rotatividade de profissionais médicos no ambulatório era

prejudicial ao acompanhamento do bebê. Essa decisão embasa-se no vínculo com o profissional médico do serviço privado, uma vez que o profissional seria o mesmo em todas as consultas do bebê, bem como tempo de espera menor para receber o atendimento.

As famílias identificam as lacunas do atendimento ao recém-nascido pré-termo nos serviços públicos de saúde e se sentem inseguras e desamparadas frente ao cuidado de saúde que é disponibilizado ao filho, desconhecem o fluxo e a dinâmica estabelecidos para o acesso aos serviços e traçam um itinerário individual na busca pelo seguimento (VIEIRA; MELLO, 2009).

4.2.6.4 INTERCORRÊNCIAS

Morais, Quirino e Almeida (2009) relatam que a preocupação das mães com as intercorrências giram em torno das possíveis complicações de alguma doença pré-existente, do aparecimento de outras e das condutas a serem tomadas caso aconteça algo. Quando aconteceu, o atendimento dessas intercorrências, sofridas pelo bebê após a alta hospitalar, foi fundamentado pelas orientações recebidas durante a internação no MC. No entanto, não é especificado no estudo quais foram as intercorrências e as atitudes ensinadas durante a internação no MC.

4.2.6.5 REINTERNAÇÃO

Apesar do índice de reinternação de bebês pré-termo ser alto, apenas uma mãe referiu esse fato, no estudo realizado por SOARES *et al.*, (2010). Estes pesquisadores acreditam que esse fato seja relevante, pois a amostra da pesquisa foi pequena (três crianças). Para a mãe da criança, este episódio foi entendido como a pior dificuldade encontrada, pelo fato de ter que reviver a experiência da hospitalização, com suas angústias, medos e inseguranças. Este fato modificou o processo de cuidar desta família, que adotou um perfil ainda mais cuidadoso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia proposta pela revisão integrativa foi uma preciosa ferramenta para analisar o conteúdo dos artigos. O instrumento de catalogação e o quadro sinóptico facilitaram identificar os artigos desejados dentre os artigos da amostra, pois evidenciam o conteúdo de cada estudo, facilitando sua análise.

A qualidade do cuidado domiciliar depende de vários fatores. Um deles, e talvez o mais significativo entre os encontrados nesta pesquisa, é o período de internação hospitalar. Ficou evidente que a maneira com que os pais são cuidados interfere, positiva ou negativamente, nas atitudes que tomam após a alta hospitalar do bebê. A equipe de saúde deve incentivar os pais a acompanharem o máximo de tempo possível o recém-nascido. No entanto não é a quantidade de tempo o mais importante, mas sim a qualidade. É preciso que a equipe de saúde inclua os pais nas rotinas de cuidado, que explique e justifique cada procedimento e possibilite contato pele-a-pele, com isso os pais aumentam o vínculo, sentem-se mais seguros no cuidado, além de desmistificar a fragilidade do bebê pré-termo, valorizando os potenciais do bebê e as suas habilidades para cuidar dele.

Outro fator que interfere na qualidade do cuidado é o apoio familiar, principalmente do pai da criança. Mães que não têm apoio se sentem desamparadas e inseguras. Ter que cuidar sozinha de um bebê pré-termo, e muitas vezes de outros filhos, resulta em grande desgaste, interferindo negativamente na qualidade do cuidado. Mesmo com apoio, o cuidado é exercido quase que exclusivamente pela mãe, reforçando a ideia de que cuidar de crianças é ainda uma tarefa unicamente feminina.

Pode-se perceber que as mães que participaram do MC tiveram mais facilidade no cuidado, independente de outros fatores, indicando a grande importância desse método. Além disso, o MC é um fator protetor para o aleitamento materno, visto que a única pesquisa que referiu que as mães tiveram sucesso com a amamentação foi realizada com mães participantes do MC.

A falta de conteúdo relacionado com aleitamento materno, na maioria das pesquisas que fizeram parte da amostra, sugere que as mães e seus bebês pré-termo não estabelecem a amamentação na sua plenitude.

O acompanhamento pós-natal, tanto em ambulatório hospitalar quanto na rede básica de saúde foi insatisfatório, com pouca cobertura e baixa qualidade,

ficando sob responsabilidade da família procurar por um acompanhamento adequado.

Não foi citado nenhum programa específico, além do MC, para acompanhamento de crianças nascidas pré-termo, evidenciando uma lacuna no serviço de saúde após a alta hospitalar, visto que essa população é de um número considerável e necessitada de cuidados especiais.

Com esta pesquisa pode-se identificar que há literatura suficiente sobre alguns temas do cuidado domiciliar. Porém, alguns assuntos não foram abordados, como alguns cuidados básicos que são muito importantes para a manutenção da saúde do bebê: cuidados com o banho, cuidados com o períneo, cuidados com as roupas do bebê, uso de produtos de higiene, cuidados com a exposição solar, maneiras de estimular o desenvolvimento adequado do bebê, uso de medicamentos (como vitaminas e sulfato ferroso), entre outros, necessitando de mais estudos que contemplem esses temas.

Há dificuldades já identificadas no cuidado dos bebês pré-termo pela família no domicílio. Porém, existe a falta de estratégias e programas, tanto no âmbito hospitalar como na rede básica, para auxiliar os pais no cuidado domiciliar, e assim favorecer o cuidado do recém-nascido pré-termo e sua família.

A equipe de enfermagem compartilha com as famílias muito tempo durante as internações. Por isso, deve encarar a relação com os familiares como parte do cuidado à criança. Deve-se ter em mente que os cuidados não se limitam ao tempo de internação, devendo ser expandidos por um longo tempo após a alta hospitalar. O período de internação deve funcionar como um período de aprendizado, pois é importante deixar a família preparada para o cuidado domiciliar. Para isso, a família deve participar dos cuidados com o bebê, receber informações relativas ao estado de saúde, aos cuidados especiais, como agir em casos de urgências e intercorrências e informações sobre o seguimento após a alta. Além disso, o sistema de referência e contra-referência deve ser mais eficiente, e os profissionais da rede básica devem estar mais atentos a essa população vulnerável.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Departamento de Informática do SUS – DATASUS**, 2008. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acesso em: 24/mar/2011.
- _____. **Departamento de Informática do SUS – DATASUS**, 2011. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acesso em: 19/nov/2011.
- _____. Ministério da saúde. Portaria GM nº 1.683. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário oficial da união**, Poder executivo, Brasília, 2007.
- _____. Ministério da saúde. **Série A Normas e Manuais: Atenção à Saúde do recém-nascido - Cuidados com o recém-nascido pré-termo**. Brasília, 1ª edição, Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da saúde. **Série A Normas e Manuais: Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru**. Brasília, 2ª edição, Fiocruz, 2009.
- _____. Ministério da saúde. **Série A Normas e Manuais: Gestante de alto risco: sistema estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco**. Brasília, 5ª edição, Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Ciência e Tecnologia. **Censos**, 2010. Disponível em <http://dgp.cnpq.br/censos/sumula_estatistica/2010/pesquisadores/pesquisadores> Acesso em: 18/nov/2011.
- CARVALHO, M.; GOMES, M. A. S. M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n.1 (supl), p. 111-118. 2005.
- COSTA, S. A. F. *et al.* A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio. **Esc. Anna Nery** [online], v. 13, n.4, p. 741-749. 2009.
- COOPER. H, M. **The integrative research review: a systematic approach**. Newburg Park, CA: Sage 1982.
- HAYAKAWA, L. M. *et al.* Incidência de reinternação de prematuros com muito baixo peso nascidos em um hospital universitário. **Esc. Anna Nery** [online], v.14, n.2, p.324-329. 2010.
- MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n.1, p. 24-30. 2009.
- MORAES, J. R. M. M.; CABRAL, I. E. O cuidar de crianças egressas da unidade de terapia intensiva neonatal no espaço domiciliar: instrumentos mediadores das famílias. **Texto Contexto Enferm**, v.13, n.3, p. 452-458. 2004.

MOREIRA, J. O. A ruptura do continuar a ser: o trauma do nascimento prematuro. **Revista Mental**, v. 5, n. 8, p. 91-108. 2007.

RABELO, M. Z. S. *et al.* Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paul Enferm** [online], v.20, n. 3, p. 334-337. 2007.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery**, v. 13, n. 2, p. 297-304. 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**, v.61, n.5, p. 645-651. 2008.

SOARES, D.C. *et al.* Faces do cuidado ao prematuro extremo no domicílio. **Cienc Cuid e Saude** [online], v.9, n.2, p. 238-245. 2010

SOUZA, N. L. *et al.* Vivência materna com o filho prematuro: Refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. **REME - Rev. Min. Enferm**, V.14, n.2, p. 159-165. 2010.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n.1, p. 93-101. 2006.

TRONCO, C. S. *et al.* Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. **Rev enferm UERJ**, v.18, n.1, p. 108-113. 2009.

VIEIRA, C. S.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, v.18, n.1, p. 74-82. 2009.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados**A família e o recém-nascido pré-termo:
desafios do cuidado domiciliar****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Título do trabalho: _____

Autores: _____

Periódico, ano, volume, número: _____

Descritores: _____

Objetivo: _____

METODOLOGIA

Tipo de estudo: _____

Amostra: _____

Local de estudo: _____

RESULTADOS

Assuntos abordados _____

CONCLUSÃO _____

RECOMENDAÇÕES _____

ANEXO A – Carta de aprovação

COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto TCC GRAD.: 16/2011

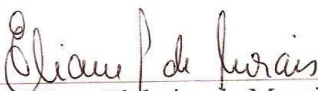
Pesquisadores: Luana Santos da Silva e Profa. Anne Marie Weissheimer

Título: A FAMÍLIA E O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: desafios do cuidado domiciliar

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Homologado na Reunião de: 14/09/2011

Porto Alegre, 16 de Setembro de 2011.


Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora COMPESQ/EENFP

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EEm - UFRGS