

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CECILIA DREBES PEDRON**

**O CUIDADO LEIGO E PROFISSIONAL NA PREMATURIDADE TARDIA:  
FATORES CULTURAIS RELACIONADOS AO PERÍODO PÓS ALTA  
HOSPITALAR**

**Porto Alegre**

**2013**

**CECILIA DREBES PEDRON**

**O CUIDADO LEIGO E PROFISSIONAL NA PREMATURIDADE TARDIA:  
FATORES CULTURAIS RELACIONADOS AO PERÍODO PÓS ALTA  
HOSPITALAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Cuidados de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

**Porto Alegre**

**2013**

### CIP - Catalogação na Publicação

Pedron, Cecília Drebes

O cuidado leigo e profissional na prematuridade tardia: fatores culturais relacionados ao período pós alta hospitalar / Cecília Drebes Pedron. -- 2013. 154 f.

Orientadora: Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Antropologia cultural. 2. Cuidado do lactente. 3. Prematuro. 4. Saúde pública. I. Bonilha, Ana Lúcia de Lourenzi, orient. II. Título.

**CECÍLIA DREBES PEDRON**

**O cuidado leigo e profissional na prematuridade tardia: fatores culturais  
relacionados ao período pós alta hospitalar.**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 22 de novembro de 2013.

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha: \_\_\_\_\_

Presidente – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Anne Marie Weissheimer: \_\_\_\_\_

Membro – EENF/UFRGS

Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro: \_\_\_\_\_

Membro – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Regina Gema Santini Costenaro: \_\_\_\_\_

Membro – UNIFRA/Centro Universitário Franciscano

Profa. Dra. Roberta Costa: \_\_\_\_\_

Membro – UFSC

*Dedico esta tese à minha filha Manuela, ao meu marido Gustavo, à minha irmã Cristiane e aos meus pais Wanda e Antonio Romeu, pelo amor e apoio incondicional.*

## AGRADECIMENTOS

O aprimoramento acadêmico é um momento especial de nossas vidas, cheio de desafios, conhecimentos, novas oportunidades, sendo muitas vezes árduo e com obstáculos. Primeiramente, agradeço a Deus por me dar forças e coragem para enfrentar esta longa jornada.

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por possibilitar um ensino de qualidade em toda a minha jornada acadêmica. À minha professora orientadora e amiga, Doutora Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, por todos os ensinamentos e pela compreensão dos momentos da minha vida.

Às professoras doutoras Anne Marie Weissheimer, Eva Neri Rubim Pedro, Regina Gema Santini Costenaro e Roberta Costa por contribuírem no processo de construção e conhecimento desta tese.

Às informantes deste estudo, que dispuseram seu tempo para contribuir com a ciência em prol de um cuidado mais especializado ao prematuro tardio.

Às minhas colegas de pesquisa e alunas da graduação em enfermagem que auxiliaram na coleta de dados e, em especial, à Professora Doutora Lilian Córdova do Espírito Santo, que sempre incentivou e auxiliou este estudo.

Ao Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê, por todo o acompanhamento e as contribuições de minha jornada acadêmica, em especial às professoras Annelise de Carvalho Gonçalves, Cláudia Junqueira Armellini e Virgínia Leismann Moretto, que sempre me incentivaram e inspiraram minha carreira docente.

À minha grande amiga e colega Débora Monteiro da Silva, por todo o apoio incondicional, fazendo com que fosse possível a jornada dupla de trabalho e tese. Aos meus colegas da ULBRA, pelo apoio e carinho.

À minha filha Manuela, ao meu marido Gustavo e aos meus pais Wanda e Antonio Romeu, pelo apoio, pela solidariedade e pela cumplicidade de todos os momentos. À minha irmã Cristiane e ao meu cunhado Marcirio, pelo exemplo de perseverança, coragem e paixão pela vida acadêmica, que me inspiraram nesta grande jornada. E aos meus amigos e familiares, por compreenderem os momentos de ausência em prol da academia.

## RESUMO

PEDRON, Cecília Drebes. **O cuidado leigo e profissional na prematuridade tardia**: fatores culturais relacionados ao período pós alta hospitalar. 2013. 154 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

O nascimento prematuro, antes de completar as 37 semanas de idade gestacional, é um evento de magnitude mundial. Os prematuros tardios, nascidos entre 34 semanas e 36 semanas e seis dias de gestação, representam um número significativo na prematuridade. Entretanto, os prematuros tardios não podem ser considerados apenas como recém-nascidos próximos ao termo, pois apresentam uma imaturidade fisiológica, gerando maiores índices de internações e morbidades. Essas morbidades geram impacto na saúde pública, necessitando uma maior compreensão da forma como esses prematuros tardios estão sendo cuidados. Sendo assim, objetivou-se, neste estudo, analisar o cuidado leigo e profissional prestado ao recém-nascido prematuro tardio nos primeiros seis meses após a alta hospitalar no contexto da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de uma minietnografia, a qual possibilita focalizar uma área restrita e específica de investigação. O estudo ocorreu por meio de um processo sistemático de observação, documentação e análise dos estilos de vida em uma cultura, buscando-se compreender as pessoas em seu contexto. Os informantes do estudo foram 13 mães de prematuros tardios e oito profissionais da saúde que trabalhavam nas unidades de Estratégia de Saúde da Família do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal – Porto Alegre, onde as mães e profissionais foram entrevistadas. A coleta de dados ocorreu no período entre outubro de 2011 e dezembro de 2012. A análise de dados foi do tipo temática de padrões com a categorização de descritores, formulando padrões culturais e temas. A análise gerou dois grandes temas, denominados 'o contexto de nascimento do prematuro tardio' e 'o cuidado leigo e profissional ao prematuro tardio'. No primeiro tema, observou-se a invisibilidade e o crescimento e desenvolvimento dos prematuros tardios, bem como os fatores socioeconômicos do contexto de moradia. No segundo tema, foram descritos a alimentação do prematuro tardio, o cuidado espiritual, a higiene e o conforto, e os cuidados de saúde ao prematuro tardio. Nesse contexto, sendo o sistema de cuidado constituído pelo cuidado leigo e profissional, o cuidado profissional deveria auxiliar e complementar o cuidado leigo tornando-o compartilhado e centrado na família. Entretanto, identificou-se que as mães não referem a prematuridade de seus filhos, mas a reconhecem e buscam auxílio dos profissionais da saúde para este cuidado, contudo, sem a resposta esperada, acabam optando por seguirem as orientações e práticas de cuidados dos familiares. A cultura, crenças e costumes familiar são predominantes no cuidado ao prematuro tardio, devendo ser levadas em consideração pelos profissionais da saúde em suas orientações e condutas. As orientações profissionais desconsideradas pelas cuidadoras leigas podem estar associadas a um cuidado ainda fragmentado e não articulado entre a rede hospitalar e básica, indicando uma reorganização da estrutura de atendimento e valorização da cultura e dos saberes populares, visando um cuidado mais específico e qualificado ao prematuro tardio.

**Palavras-chave:** Antropologia cultural. Cuidado do lactente. Prematuro. Saúde pública.

## ABSTRACT

PEDRON, Cecília Drebes. **The lay and professional care in late preterm: cultural factors related to the period after hospital discharge.** 2013. 154 f. Thesis (Doctoral Degree in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

Preterm birth, before completing 37 weeks of gestational age, is an event of global magnitude. The late preterm infants, born between 34 weeks and 36 weeks and six days of gestation, representing a significant number of preterm birth. However, late preterm infants can not be considered only as newborns near term, as they present a physiological immaturity, generating higher rates of hospitalization and morbidity. These morbidities generate impact on public health, requiring a greater understanding of how these late preterm infants are taken care of. Thus, this study aims to analyze the lay and professional care provided to premature infants later in the first six months after hospital discharge in the context of the Family Health Strategy. This is a mini ethnographic, which allows focus on a narrow and specific research. The study was conducted through a systematic process of observation, documentation and analysis of lifestyles in a culture, seeking to understand people in their context. Study informants were 13 mothers of late preterm and eight health professionals working in the units of the Family Health Strategy in the Glória/Cruzeiro/Cristal district – Porto Alegre, where mothers and professionals were interviewed. Data collection took place between October 2011 and December 2012. The data analysis was the type thematic of patterns with categorization of descriptors, formulating cultural patterns and themes. The analysis generated two major themes, called 'context of late preterm birth' and 'lay and professional care to premature late'. In the first theme, we observed the invisibility and the growth and development of late preterm infants as well as the socioeconomic context of housing. In the second theme, were described feeding premature late spiritual care, hygiene and comfort, and care to premature late. In this context, considering the care system constituted by lay and professional care, the professional care should assist and complement the care layman, making it shared and family-centered. However, it was found that mothers do not refer prematurity of their children, but recognize and seek help from health professionals for this care. However, without the expected answer, end up choosing to follow the guidelines and practices care of their families. The culture, beliefs and family habits are prevalent in the care of premature late and should be taken into account by health professionals in their guidelines and conducts. Professional guidelines disregarded by lay caregivers may be associated with a care still fragmented and not articulated between the hospitals and basic. This indicates a reorganization of the structure of care and appreciation of culture and popular knowledge, aiming at a more specific care and skilled late preterm newborns.

**Keywords:** Anthropology, Cultural. Infant care. Premature. Public health.



## RESUMEN

PEDRON, Cecília Drebes. **La disposición y la atención profesional en prematuros tardíos:** factores culturales relacionados con el período después del alta hospitalaria. 2013. 154 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

El nacimiento prematuro, antes de completar las 37 semanas de edad gestacional, es un evento de magnitud mundial. Los prematuros tardíos, nacidos entre las 34 semanas y 36 semanas y seis días de gestación, representan un número significativo de nacimientos prematuro. Entretanto, los prematuros tardíos no pueden ser considerados sólo como recién nacidos cerca de lo plazo, ya que presentan una falta de madurez fisiológica, que generan mayores tasas de hospitalización y la morbilidad. Estas morbilidades generan impacto en la salud pública, que requiere una mayor comprensión de cómo estos prematuros tardíos son atendidos. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar sobre el cuidado laico y la atención profesional prestados a los prematuros tardíos en los primeros seis meses después del alta hospitalar, en el contexto de la Estrategia de Salud de la Familia. Este es un minietnografía, lo que permite concentrarse en una investigación estrecha y específica. El estudio se realizó a través de un proceso sistemático de observación, documentación y análisis de los estilos de vida en una cultura, tratando de entender a las personas en su contexto. Los informantes del estudio fueron 13 madres de prematuros tardíos y ocho profesionales de la salud que trabajan en las unidades de la Estrategia de Salud de La Familia em el distrito Gloria/Cruise/Cristal - Porto Alegre, donde se entrevistó las madres y los profesionales. La recogida de datos se llevó a cabo entre octubre de 2011 y diciembre de 2012. El análisis de los datos fue el tipo de patrones temáticos con la categorización de los descriptores, para formar patrones culturales y temas. El análisis generó dos temas principales, llamados 'contexto de nacimientos de los prematuros tardíos' y 'el cuidado laico y la atención profesional prestados a los prematuros tardíos'. Em el primero tema, se observó la invisibilidad y el crecimiento y desarrollo de los prematuros tardíos, así como los factores sócio-económicos en el contexto de sus viviendas. En el segundo tema, se describe la alimentación del prematuro tardío, la atención espiritual, la higiene y el confort, y los cuidados de salud a los prematuros tardíos. En este contexto, en vista que el sistema de atención está constituido por laicos y atención profesional, la atención profesional debe ayudar y complementar el cuidado laico, que se comparte y centrada en la familia. Sin embargo, se identificó que las madres no refieren la prematuridad de sus hijos, pero reconocen y buscan la ayuda de los profesionales de la salud para este cuidado, con todo, sin la respuesta esperada, terminan eligiendo a seguir las directrices y prácticas de cuidado de sus familias. La cultura, los costumbres y las creencias de familia son predominante en el cuidado de los prematuros tardíos y con el fin de ser considerado en cuenta por los profesionales de la salud en sus directrices y conductas. Directrices profesionales ignoradas por las cuidadoras laicas pueden estar asociados con un cuidado aún fragmentado y no articulado, entre la red de hospitales y básica, lo que indica una reorganización de la estructura de asistencia y el aprecio de la cultura y el conocimiento popular, con miras a una atención más específica y especializada a los prematuros tardíos.

**Palabras-clave:** Antropología cultural. Cuidado del lactante. Prematuro. Salud pública.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Gerências distritais de saúde de Porto Alegre com destaque para região da coleta de dados .....	37
<b>Figura 2</b> - Tela do <i>software</i> MaxQda demonstrando os documentos incluídos na pesquisa.....	49
<b>Figura 3</b> - Tela do <i>software</i> MaxQda demonstrando Formulação dos temas incluindo os descritores e padrões .....	49
<b>Figura 4</b> - Tela do <i>software</i> MaxQda demonstrando a densidade da análise dos descritores por entrevista .....	50
<b>Figura 5</b> - Tela do <i>software</i> MaxQda com um retrato visual do documento por códigos de análise.....	50
<b>Figura 6</b> - O contexto da prematuridade tardia, padrões e categorização dos descritores.....	53
<b>Figura 7</b> - O cuidado leigo e profissional ao prematuro tardio, padrões e categorização dos descritores.....	73
<b>Figura 8</b> - Predominância do tipo de leite ingerido pelas crianças estudadas .....	76

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME	Amamentação Exclusiva
AMP	Aleitamento Materno Predominante
DUM	Data da Última Menstruação
ECO	Ecografia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HBsAg	Antígeno superfície Hepatite B
IG	Idade Gestacional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
RNPTT	Recém-Nascido Pré-Termo Tardio
RS	Rio Grande do Sul
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1</b>	<b>Geral .....</b>	<b>34</b>
<b>3.2</b>	<b>Específicos .....</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>35</b>
<b>4.1</b>	<b>Campo de estudo .....</b>	<b>35</b>
<b>4.2</b>	<b>Informantes.....</b>	<b>38</b>
4.2.1	Caracterização das informantes leigas.....	40
4.2.2	Caracterização das informantes profissionais .....	42
<b>4.3</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>42</b>
<b>4.4</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>47</b>
<b>4.5</b>	<b>Considerações éticas.....</b>	<b>51</b>
<b>5</b>	<b>O CONTEXTO DA PREMATURIDADE TARDIA.....</b>	<b>53</b>
<b>5.1</b>	<b>A invisibilidade do prematuro tardio .....</b>	<b>54</b>
<b>5.2</b>	<b>Crescimento e desenvolvimento do prematuro tardio.....</b>	<b>58</b>
<b>5.3</b>	<b>Fatores socioeconômicos do contexto de moradia .....</b>	<b>63</b>
<b>6</b>	<b>O CUIDADO LEIGO E PROFISSIONAL DO PREMATURO TARDIO.....</b>	<b>73</b>
<b>6.1</b>	<b>Alimentação do prematuro tardio .....</b>	<b>74</b>
<b>6.2</b>	<b>Cuidado espiritual na prematuridade tardia .....</b>	<b>86</b>
<b>6.3</b>	<b>Higiene e conforto do prematuro tardio .....</b>	<b>90</b>
<b>6.4</b>	<b>Cuidados de saúde ao prematuro tardio.....</b>	<b>103</b>
<b>7</b>	<b>FORMULAÇÕES TEÓRICAS: A FAMÍLIA COMO REFERÊNCIA PARA O CUIDADO DO PREMATURO TARDIO .....</b>	<b>116</b>
<b>8</b>	<b>SÍNTESE E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>125</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>133</b>
	<b>APÊNDICE A – Ficha de observação do diário de campo .....</b>	<b>143</b>
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Mães ..</b>	<b>144</b>
	<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Profissionais .....</b>	<b>145</b>

<b>APÊNDICE D – Roteiro para entrevista com mães das crianças prematuras..</b>	<b>146</b>
<b>APÊNDICE E – Roteiro para entrevista com mães das crianças prematuras -</b>	
<b>Entrevistas 2 e 3.....</b>	<b>148</b>
<b>APÊNDICE F – Roteiro para entrevista com profissionais da saúde da ESF...</b>	<b>149</b>
<b>APÊNDICE G – Roteiro para entrevista com mães e profissionais da saúde</b>	
<b>da ESF.....</b>	<b>150</b>
<b>ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética.....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO B – Termo Aditivo de Aprovação do Comitê de Ética .....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXO C – Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de</b>	
<b>Enfermagem (COMPESQ) .....</b>	<b>154</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado ao Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) tem sido um desafio para a humanidade. Preservar a vida destas crianças que nascem precocemente, antes das 37 semanas de Idade Gestacional (IG) com qualidade de vida aliada ao cuidado familiar é, de fato, um grande desafio para os profissionais da saúde, visto suas particularidades e imaturidade fisiológica (MARCH OF DIMES FOUNDATION et al., 2012).

Vinculada ao Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e à Linha de Pesquisa Cuidados de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família, a autora desta tese iniciou seu trabalho com Recém-Nascidos (RNs) em sua graduação em Enfermagem, com atividades acadêmicas de bolsista de iniciação científica. Nesse momento, atuou em uma pesquisa etnográfica, conhecendo o *Conceito de Maternidade para Mulheres de uma Vila de Classe Popular*, no contexto de Estratégia de Saúde da Família. Desde então, acompanhou as práticas de cuidado aos RNs realizadas por mães e familiares, bem como pelos profissionais da saúde.

Após um período de atuação na rede básica, seguiu na rede hospitalar com Intensivismo Neonatal, conhecendo melhor a prática de cuidado oferecida aos prematuros. Nessa época, questionou-se sobre as práticas de cuidado oferecidas ao neonato e à sua família, na forma de modelo biomédico, desenvolvendo a pesquisa de mestrado com cunho histórico, descrevendo a implantação da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e criando subsídios para, embasada na história, compreender as ações de cuidado realizadas no início dos anos 2000 (PEDRON, 2007).

Para tanto, observou-se que nos primórdios da neonatologia, no intuito de aumentar a sobrevivência dos RNs e reduzir as sequelas causadas pelo cuidado perinatal, houve um grande empenho por parte dos profissionais da saúde em identificar e desbravar seus conhecimentos a respeito das particularidades do universo neonatal. Esses estudos surgiram em 1920 em Chicago, Estados Unidos, e no Brasil em 1967, mas de forma fragmentada e pautada no modelo biomédico (LUSSKY, 1999; PEDRON, 2007).

Seguindo os estudos a cerca da neonatologia e da prematuridade para um melhor entendimento da sua fisiologia, estes foram sendo classificados, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em (1) prematuridade extrema, RNs menores de 28 semanas de IG; (2) muito prematuro, RNs entre 28 e 32 semanas gestacionais; e (3) moderado a prematuro tardio, considerando os recém-nascidos entre 32 e 37 semanas gestacionais. Dentro desta última classificação houve a necessidade de uma nova categorização, denominada Recém-Nascido Pré-Termo Tardio (RNPTT), ou prematuros tardios, considerando os RNs nascidos entre 34 e 36 semanas e 6 dias (MARCH OF DIMES FOUNDATION et al., 2012). Esse grupo, outrora conhecido como crianças nascidas próximas ao termo, é o subgrupo de prematuros de maior representatividade dentro dos prematuros, sendo 74% dos nascimentos de crianças pré-termo nos Estados Unidos (MCINTIRE; LEVENO, 2008; CARVALHO, 2011).

Durante a trajetória profissional, a autora, observou que este último grupo de prematuros os denominados de prematuros tardios não estavam sendo cuidados como prematuros e pareciam ser uma população 'esquecida' pelos profissionais da saúde. Via-se o destaque dado ao acompanhamento dos prematuros extremos, entretanto as reinternações hospitalares dos prematuros tardios não eram ressaltadas e relacionadas com a sua imaturidade.

A prematuridade é sem dúvida um evento de magnitude mundial a qual inspira ações para reduzir seu índice e qualificar sua sobrevivência. Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu oito objetivos do milênio para serem atingidos por todos os países até 2015 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000). No Brasil, esses objetivos foram chamados de *Oito Jeitos de Mudar o Mundo*. Dentre esses objetivos encontram-se a redução da mortalidade infantil (em quarto lugar) e a melhoria da saúde das gestantes (em quinto lugar), o que reafirma o intuito inicial da neonatologia, de aumentar a sobrevivência dos RNs.

O avanço científico e tecnológico nas últimas décadas, em relação à saúde perinatal, contribuiu para o aumento das taxas de sobrevivência das crianças prematuras (BARROS et al., 2008; MARCH OF DIMES FOUNDATION et al., 2012).

Um relatório publicado pela OMS e elaborado por 50 organizações (MARCH OF DIMES FOUNDATION et al., 2012) informou que no ano de 2010 nasceram 15 milhões de prematuros no mundo, e mais de um milhão deles morreram no período

neonatal precoce. A prematuridade foi considerada a segunda causa de morte de crianças com menos de cinco anos de idade, ficando atrás somente da pneumonia. De acordo com o referido estudo, 75% poderiam ser salvos com a adoção de medidas simples, como a aplicação de antisséptico e antibióticos para evitar infecções.

Em relação ao número de partos prematuros, o Brasil aparece em décimo lugar no mundo, com 279 mil ocorrências anuais. A taxa brasileira de prematuros é de 9,2%, igual à da Alemanha e inferior à dos Estados Unidos, que chega a 12% (MARCH OF DIMES FOUNDATION et al., 2012).

Em 2003 a taxa de prematuridade era de 12,3%, nos Estados Unidos, com um indicativo de 31% de aumento em uma década (CARVALHO, 2011). Dados publicados por March of Dimes Foundation et al. (2012), indicam que a taxa de nascimentos prematuros, em 2012, permanece praticamente com o mesmo índice de 12%.

Silveira et al. (2008) referiram que houve um aumento nas taxas de prematuridade no Brasil principalmente nas regiões sul e sudeste, com valores que variam de 3,4% a 15% dos nascimentos no período de 1978 a 2004.

A prematuridade tem um papel fundamental na mortalidade infantil, sendo responsável pela maioria dos óbitos infantis no país (MARCH OF DIMES FOUNDATION et al., 2012). Em Porto Alegre, a prematuridade foi responsável por 59,5% dos óbitos de crianças no primeiro ano de vida, entre 2000 e 2003 (JOBIM; AERTS, 2008). Segundo os dados publicados pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2011), a taxa de mortalidade infantil nacional reduziu 58,4% de 2000 a 2010. No ano de 2000, a mortalidade neonatal representava aproximadamente 64% da mortalidade infantil, havendo um aumento desta taxa em 2010 para aproximadamente 69%. A região sul e estado do Rio Grande do Sul (RS), manteve-se a mesma tendência; em 2010, no RS, 67% das mortes infantis menores de um ano foram representadas pela morte neonatal.

Um estudo realizado por Tomashek et al. (2007) nos Estados Unidos, entre 1995 e 2002, comparando a mortalidade de recém-nascido a termo com prematuros tardios, mostrou que a mortalidade infantil nos prematuros tardios é três vezes maior em relação ao RN a termo. No acompanhamento dessas crianças, observou-se que os prematuros tardios apresentaram um risco aumentado de morte em quatro vezes em relação aos RN a termo.



Rugolo (2011) ressalta que a IG é um determinante da maturidade fisiológica do RN e, conseqüentemente, de seu prognóstico, sendo consideradas as 34 semanas de IG como um marco dentro da maturidade fetal, pois geralmente estes pesam mais que 2.500g e se assemelham aos recém-nascidos a termo. Entretanto, possuem uma imaturidade fisiológica e metabólica, o que afeta o desenvolvimento e aumenta a morbimortalidade do prematuro tardio, necessitando assim de cuidados especiais. A autora refere ainda que, nas últimas duas décadas, os prematuros tardios passaram a ser foco de atenção, pois tem ocorrido diminuição dos nascimentos após as 40 semanas de gestação e significativo aumento nas taxas de prematuridade, sendo que os prematuros tardios são responsáveis por mais de 70% dos nascimentos prematuros (RUGOLO, 2011).

Rugolo (2011) aponta ainda que o aumento nas taxas de prematuros tardios se deve às transformações demográficas, ao uso de tecnologias de reprodução assistida com crescente incidência de gestações múltiplas, às mudanças na prática obstétrica, bem como ao aumento na frequência de gestações na adolescência e em mulheres com idade superior a 40 anos.

O nascimento prematuro, em especial do prematuro tardio, pode ser atribuído em 80% a causas idiopáticas ou por ruptura precoce de membranas amnióticas, sendo 20% deles decorrentes de complicações obstétricas (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008). Nesse sentido, Carvalho (2011) recomenda que se façam intervenções visando à qualificação do atendimento nos níveis primário e secundário da atenção à saúde, promovendo-se avanços no atendimento às mães e crianças para a redução da morbimortalidade perinatal. Para essa autora, até o momento as ações direcionadas a estes grupos estão concentradas no setor terciário do sistema de saúde.

Assis, Viana e Rassi (2008) consideram que o atendimento pré-natal qualificado é necessário para que as gestantes de risco sejam identificadas, minimizando as possíveis complicações decorrentes de situações que possam evoluir para gestações de risco e favoreçam nascimentos prematuros.

Há morbidades que acometem os prematuros tardios decorrentes de sua condição, entres as quais podemos citar: complicações oculares por uso de oxigenoterapia; risco aumentado para doenças respiratórias no primeiro ano de vida; pressão arterial elevada na infância; gastroenterites e enterocolites necrosantes devido muitas vezes à introdução tardia de leite materno, entre outras causas;

diabetes; além de outras patologias relacionadas ao desenvolvimento, como desordens fonoaudiológicas (MELLO et al., 2006; ISOTANI et al., 2009; COELLI et al., 2011). Estas morbidades que afetam os prematuros tardios não são tão graves quanto as que afetam os prematuros menores de 34 semanas de IG, entretanto possuem maior incidência se comparado aos recém-nascidos a termo. Sendo assim, os maiores riscos dos prematuros tardios podem ser considerados problemas alimentares, dificuldade na sucção e na manutenção desta, maiores períodos de sonolência, desidratação, instabilidade térmica levando a hipotermia, icterícia neonatal e hipoglicemia; sendo assim, são mais suscetíveis a reinternações nas primeiras semanas de vida por distúrbios respiratórios e infecções (ENGLE, 2006; BENEVIDES, 2010; CARVALHO, 2011; RUGOLO, 2011).

Para Procianoy (2009), os prematuros tardios não podem ser considerados como se fossem RNs próximos ao termo, uma vez que apresentam mais sequelas e morbidades do que os RNs a termo e requerem cuidados específicos, em especial com relação ao desenvolvimento neuromotor.

Arruda e Marcon (2007) destacam que o prematuro surge na família de modo inesperado e pode ser percebido como um ser inacabado, gerando insegurança e sentimentos de culpa com seu nascimento precoce, fato que pode determinar uma desorganização familiar. As mães dos prematuros tardios necessitam de apoio constante e intensivo desde o nascimento, e os profissionais devem considerar os pais como colaboradores no cuidado com a criança e como presenças essenciais para um saudável desenvolvimento psicomotor e do apego (NASCIMENTO; ISSLER, 2004). A compreensão dos profissionais de saúde quanto à percepção dos pais com relação a terem um filho prematuro é fundamental para que o cuidado seja eficaz (MELO et al., 2007).

Visando uma melhor interação entre o prematuro e sua mãe, sempre que possível, após o nascimento deve-se proporcionar o contato mãe, recém-nascido e família ainda na sala de parto. Caso não seja possível devido a necessidade de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) deve-se estimular que a primeira visita da mãe ao filho internado deva ocorrer tão logo seja possível (ARRUDA; MARCON, 2007).

A interação precoce pode auxiliar na produção de leite materno o que favorecerá o desenvolvimento do prematuro. Salienta-se que o leite materno produzido pelas mães de prematuros tem características que o tornam o alimento

mais adequado para estes RNs, tanto em termos de aporte proteico-energético quanto em relação aos seus constituintes imunológicos (CARVALHO; SOARES, 2002). Além disso, o aleitamento materno favorece a maturação gastrointestinal, aumento do desempenho comportamental, proteção contra infecções e melhor coordenação sucção-deglutição, além de promover a formação e o fortalecimento do vínculo mãe-filho (NASCIMENTO; ISSLER, 2003). Contudo as taxas de aleitamento materno entre os prematuros são muito baixas, por diversas razões, entre elas longos períodos de internação, restrição à permanência da mãe na UTIN, critérios rígidos para indicação de aleitamento à mama, sem levar em consideração a habilidade motora oral do RN (FUJINAGA et al., 2007).

Devido à imaturidade fisiológica dos prematuros tardios, faz-se necessário fornecer algumas orientações para a família destes. Uma delas envolve a amamentação, visto que o prematuro tardio terá mamadas mais lentas, silenciosas e pouco vigorosas (MCGRATH, 2007). Caso esteja internado em uma UTIN, é necessário orientar a mãe para que inicie a estimulação de amamentação e/ou o esgotamento mamário o mais precocemente possível. A orientação quanto ao início da estimulação da sucção do prematuro tardio em seio materno, tão logo tenha condições para tal, deve ser considerada como uma prioridade, mesmo que o prematuro possua peso superior a 2.000g, pois ele apresenta uma imaturidade neurológica e necessitará de auxílio e orientações sobre esses cuidados. A mãe deve ser estimulada a permanecer na UTIN o tempo que quiser, inclusive após a sua alta hospitalar, e ser apoiada durante a amamentação (SANTORO JÚNIOR; MARTINEZ, 2007; BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008). Este apoio deve ocorrer também no alojamento conjunto, visto que, nem sempre o prematuro tardio necessitará de internação na UTIN.

Santos, Araújo e Porto (2008) ressaltam que mesmo os RNs prematuros considerados de baixo risco para anormalidades apresentam dificuldades ligadas a outras áreas do desenvolvimento além da motora, podendo ser mais bem observadas na idade escolar através de distúrbios no aprendizado, déficits de atenção, hiperatividade e problemas comportamentais no contexto social.

Estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, constatou que, na alta hospitalar, 28,4% dos RNPT estavam em aleitamento materno exclusivo, 48,3% em aleitamento materno misto e 23% não recebiam leite materno (SCOCHI et al., 2008).

Tronchin e Tsunehiro (2007) referem que a alta hospitalar não significa a resolução dos problemas dos prematuros, pois ainda haverá a necessidade de intervir precocemente nas intercorrências que possam afetar a criança dentro de seu contexto social, no intuito de reduzir os índices de reinternação hospitalar. Assim, torna-se vital o acompanhamento dos prematuros no contexto da ESF, tendo seu atendimento realizado pela equipe multidisciplinar (LOPES; SANTANDER; MARCON, 2010).

O nascimento prematuro provoca uma desestruturação familiar e ansiedade em relação aos cuidados domiciliares. Assim, cabe salientar que o processo de alta hospitalar para os familiares de prematuros tardios torna-se um momento desejado e ao mesmo tempo gerador de desgaste emocional e físico, pois muitas vezes as famílias não estão preparadas para receberem esta criança em suas casas (TRONCO et al., 2010). Dessa forma, aos profissionais da saúde devem orientar os pais para o cuidado desses recém-nascidos, tanto na rede hospitalar como na rede básica.

Em relação ao ambiente domiciliar, foi realizada uma pesquisa por Souza et al. (2010), no nordeste brasileiro, na qual se observou que a maior dificuldade apresentada pela mãe no cuidado com seu filho prematuro foi referente à amamentação. Os autores ressaltam que esse resultado se deu por falha da equipe de saúde no preparo das famílias dentro de seu contexto social.

Siqueira (2008) afirma que as mulheres que passaram pelo parto prematuro podem ter vivências traumáticas, marcadas por sofrimentos e conflitos internos. Aliado a este fato, as mulheres e demais cuidadores leigos podem apresentar dificuldades para cuidar desses prematuros, por estarem diante de um RN com aparência frágil e que requer mais atenção (BONILHA; STEFANELLI, 1999).

Os prematuros apresentam uma debilidade de seu próprio organismo e, devido à prematuridade e ao período de internação hospitalar, acabam por não receber a estimulação sensório-motora adequada. Assim, ressalta-se que os primeiros meses subsequentes à alta hospitalar são de extrema importância para o desenvolvimento do recém-nascido, que está em um período de maior plasticidade neuronal, possibilitando um resultado melhor da estimulação (MARTINEZ et al., 2007).

Os profissionais de saúde, ao realizarem o acompanhamento das crianças nascidas prematuramente, necessitam fazer ajustes da idade para avaliação do

crescimento e desenvolvimento. A idade da criança prematura deve ser corrigida para o termo, ou seja, para a idade de um feto de 40 semanas. Esse ajuste de idade é indicado, por exemplo, para avaliação de peso, altura, perímetro cefálico, orientação alimentar e avaliação neuromotora. Outros aspectos também são avaliados, como a indicação de suplementação de vitaminas e de ferro, além de avaliação da audição e visão, em especial para retinopatia da prematuridade (RUGOLO, 2011). Além disso, os profissionais devem levar em consideração os sentimentos de insegurança e medo que a prematuridade gera à mãe ao levar seu recém-nascido prematuro para casa (SOUZA et al., 2010).

Para Martinez et al. (2007), existe uma necessidade de oferecer aos prematuros uma experiência rica e variada no aspecto cognitivo, afetivo e social, visando a garantir um desenvolvimento que ultrapasse os níveis mínimos desejados. Entretanto, esses autores ressaltam que não basta os pais e profissionais da saúde oferecerem um número maior de estímulos, mas estímulos apropriados para cada contexto. Salientam ainda que nunca se deve desencorajar os pais a tocarem e estimularem seus filhos.

Arruda e Marcon (2007) consideram relevante transcender a perspectiva de cuidado centrado na visão biomédica quando se cuida de famílias que vivenciam um processo de expansão, como no caso de uma gestação ou da própria chegada de um novo membro no momento do nascimento. Para esses autores, o profissional de saúde, ao cuidar, necessita interagir e conhecer o contexto sociocultural daquele ser que é cuidado, respeitando os valores, as crenças e a cultura dos pais do RN.

Linhares et al. (2003) salientam que os riscos biológicos associados ao ambiente social acarretam uma influência significativa no nascer e no desenvolvimento do RN. Assim, tanto a condição de pobreza quanto outros fatores ambientais e culturais podem interferir no desenvolvimento e no cuidado, necessitando um maior conhecimento do ambiente para uma possível intervenção e orientação de cuidado.

Nessa perspectiva, a etnoenfermagem busca focar o contexto cultural e os cuidados de saúde. A enfermagem transcultural teve sua origem com a obra de Madeleine Leininger, que em 1966 apresentou sua dissertação sobre os povos Gadsup de Nova Guiné. Novas publicações foram lançadas inspirando os enfermeiros e outros profissionais de saúde para explorarem a relação entre saúde, cultura e suas implicações para a entrega dos cuidados de saúde (ANDREWS et al.,

2010). Leininger propõe a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural como referencial para a prática do cuidado de enfermagem, a qual objetiva descrever, documentar, interpretar e explicar os fatores culturais envolvidos que influenciam o cuidado (LEININGER, 1995; SILVEIRA et al., 2009; ANDREWS et al., 2010).

Baseada em Leininger, a enfermagem transcultural é uma disciplina que objetiva prestar um cuidado integral, centrado nos padrões de saúde e de doença de indivíduos e grupos em relação a diferenças e similaridades dos valores culturais, crenças e práticas, pretendendo fornecer um cuidado de enfermagem culturalmente congruente, sensível e competente a pessoas de diferentes culturas. Busca também proporcionar práticas de cuidados de enfermagem específicas e universais de cultura para a saúde e o bem-estar das pessoas ou para ajudá-las a enfrentar as condições humanas desfavoráveis, que podem chegar até a morte (ANDREWS et al., 2010).

Entende-se por cultura o conjunto de comportamentos, crenças e outros valores morais e materiais característicos de uma sociedade (LEININGER, 1995). A cultura é estabelecida pelos fatores culturais, constituídos por crenças, valores, religiosidade, alimentação e amamentação, vestuário, moradia, fatores políticos e legais, econômicos, das relações sociais dos indivíduos, grupos e comunidades (HOLTZ, 2010b).

O campo da enfermagem transcultural desenvolveu-se rapidamente, surgindo diversos pesquisadores embasados nos valores culturais, envolvendo crenças, valorizando etnias e o cuidado integral dentro de seu contexto social. Para tanto, surgiu a necessidade de definir e agrupar as formas de cuidado que envolvem a enfermagem transcultural, surgindo então a obra *Core Curriculum for Transcultural Nursing and Health Care*, publicada em 2010. Esse estudo contou com a participação de 53 autores, os quais descreveram e analisaram de forma multidimensional os conceitos, apresentando os principais pensamentos sobre o cuidado cultural retirados de disciplinas reconhecidas, as quais possuem abordagens apoiadas pela literatura teórica e empírica de cuidados baseados na população (DOUGLAS; PACQUIAO, 2010).

O cuidado à saúde, para Leininger (1995), é realizado em um sistema com dois componentes: o componente de cuidados profissionais, realizado pelos

profissionais de saúde nas diferentes instituições, e o componente de cuidado genérico ou tradicional, realizado pelos cuidadores leigos.

Sendo assim, optou-se neste estudo pela metodologia proposta por Douglas et al. (2010), baseado na etnografia proposta por Leininger, para conhecer como ocorre o cuidado leigo e profissional prestado aos prematuros tardios no seu contexto social e cultural.

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como a política de saúde em que o cuidado é realizado pelos mesmos profissionais, favorecendo o vínculo e a proximidade entre profissionais e usuários. Esse fato, além de proporcionar a proximidade geográfica, pode contribuir para a efetividade e a segurança no atendimento (GONÇALVES et al., 2008).

Uma padronização oferecida às Estratégias de Saúde da Família são os manuais publicados pelo Ministério da Saúde visando a facilitar e capacitar os profissionais para atendimento à comunidade. Na *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil* (BRASIL, 2005), disponibilizada pelo Ministério da Saúde, o acompanhamento dos RNs em seus domicílios é considerado como uma das principais estratégias para o sucesso dessa ação. O prematuro é caracterizado como vulnerável e de risco, necessitando atendimento qualificado, considerando-se que o foco de todos os profissionais, nessa agenda, é de atendimento à criança dentro do seu contexto social e cultural. Salienta-se que o acompanhamento do prematuro deve ser realizado no contexto da Estratégia de Saúde da Família independentemente da IG de nascimento dos RNs, mas valorizando e particularizando as orientações de cuidado pertinentes para cada faixa etária, corrigindo essa idade até os dois anos de vida (BRASIL, 2005).

Pinto (2009) reforça que o RN deve ser visto dentro dos seus diversos fatores de vulnerabilidade frente aos distúrbios de desenvolvimento, que devem ser compreendidos dentro do âmbito social, cultural e biológico. Para Holtz (2010a), o conhecimento das condições e das desigualdades de saúde, tanto em nível local quanto global, é fundamental para os profissionais de saúde, a fim de que possam entender e criar soluções, com base nas semelhanças ou na iniquidade em contextos específicos.

Nesse sentido, para Silveira et al. (2009), a pesquisa na etnoenfermagem pode proporcionar aos profissionais de saúde uma visão mais abrangente do

contexto cultural dos usuários, e o conhecimento produzido pode servir para tomada de decisão e ações de cuidado.

Existem programas do Ministério da Saúde que preconizam orientações de cuidados ao prematuro de uma forma geral, ou em específico para os prematuros nascidos antes de 28 semanas de IG, incluindo também os de baixo peso. Entretanto salienta-se que os prematuros tardios nem sempre necessitam de hospitalização em UTIN ao nascimento, ou nascem com baixo peso, fatores que levariam maior visibilidade aos profissionais da saúde, com supostas intervenções e orientações. Nos casos em que o prematuro tardio nasça com peso superior a 2.000g e sem complicações fisiológicas em sua adaptação extrauterina, espera-se que na ESF este prematuro tardio seja acolhido e tratado como um prematuro, recebendo o cuidado e as orientações pertinentes à sua maturidade neurológica.

Realizando buscas na literatura sobre as práticas de cuidado leigas e profissionais levando em consideração a cultura local, não encontrou-se materiais suficientes que pudessem embasar novas orientações e práticas de cuidado ao prematuro tardio e à sua família. Todavia sabe-se que na literatura existem cuidados colocados de forma fragmentada e por patologia a serem prestados especificamente aos prematuros tardios. Sendo assim, questiona-se as causas dessa dificuldade de orientação às famílias dos prematuros tardios no contexto da saúde comunitária, seja por falta de um programa específico para eles ou por desconhecimento do contexto sociocultural destes prematuros e de suas famílias. Nesse sentido, sabendo-se que o prematuro tardio requer cuidados específicos em função de sua condição relacionada a sua IG ao nascer busca-se conhecer como ocorre o cuidado prestado ao prematuro tardio frente a sua especificidade na atenção básica.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste referencial teórico serão descritos fatores culturais que influenciam diretamente no cuidado leigo e profissional dentro de uma cultura local proposto por Leininger (1998) os quais permitem uma avaliação mais profunda da forma como a cultura local está influenciando o cuidado aos prematuros tardios em estudo. A seguir serão descritos também alguns trabalhos existentes sobre as especificidades do prematuro tardio necessários para o embasamento teórico na prática de cuidado dentro de seu contexto cultural.

Na abordagem do cuidado culturalmente congruente ao prematuro tardio, faz-se necessário conhecer a cultura, crenças e valores em seu contexto de moradia. Visando fundamentar as reflexões teóricas na perspectiva antropológica utilizaram-se os termos da enfermagem transcultural, proposta por Leininger (1998) a qual estuda as crenças, valores e práticas de cuidado da forma como é determinada por uma cultura específica dentro de seu contexto considerando suas experiências crenças e valores.

As dimensões culturais e sociais que compõem e inter-relacionam as culturas, baseiam-se nas crenças religiosas, parentesco social, político e legal, econômico, educacional e tecnológicos existentes no contexto analisado (LEININGER, 1998; ANDREWS et al., 2010).

Dentro do cuidado leigo ou popular salientam-se as práticas apreendidas e transmitidas, baseadas em experiências próprias e populares, as quais fornecem o apoio familiar facilitando as condições de cuidado. Estas ações auxiliam o cuidador a enfrentar as dificuldades próprias do meio (LEININGER, 1998; ANDREWS et al., 2010).

Em relação ao cuidado profissional esta ligada diretamente as condições formalmente aprendidas e ensinadas em relação à saúde, doença e bem-estar, assim como as práticas desenvolvidas para a manutenção da mesma (LEININGER, 1998; ANDREWS et al., 2010).

No início da formulação da teoria transcultural, proposta por Leininger (1998) foi elaborado uma forma visual para facilitar e conceituar os componentes culturais que influenciam diretamente o modo de viver das pessoas. Assim, este modelo denominado de “*Sunrise Model*” é utilizado como um guia visual para ajudar o

pesquisador a considerar múltiplos aspectos potenciais que influenciam o cuidado de enfermagem. Este modelo deve ser visto como um conjunto de componentes que guiam e avaliam o cuidado congruente. A utilização do modelo pode se dar de diferentes formas, entre elas, iniciar o estudo pelo conhecimento do indivíduo, grupo, família ou comunidade e após o aprofundamento do tema central em estudo através do convívio (observação) e inquéritos (LEININGER, 1998; ANDREWS et al., 2010).

Os fatores envolvidos neste modelo que auxiliam a análise do contexto englobam: cultura; visão de mundo; contexto ambiental; e cuidado e saúde. A cultura é considerada o conjunto de valores, crenças, normas e práticas de vida compartilhadas e transmitidas. A visão de mundo é a análise de como as pessoas olham e percebem o seu contexto. O contexto ambiental envolve os fatores tecnológicos, psicossociais; sociais e familiares; culturais, de valores e crenças; políticos e legais; econômicos; e educacionais. Em relação ao fator de cuidado e saúde está ligado ao bem-estar das pessoas em praticarem suas atividades diárias de forma satisfatória (LEININGER, 1998; ANDREWS et al., 2010).

No sistema de cuidado proposto por Leininger (1998) composto pelo cuidado leigo e profissional pode-se avaliar e analisar estes diferentes fatores que compõem a especificidade do cuidado ao prematuro tardio. Para tanto, a seguir serão descritas as pesquisas existentes que embasam as necessidades de cuidado direcionado e específico.

Segundo Stoltz, Straughn e Kupsick (2011), promover um cuidado orientado aos prematuros tardios centrado na família proporciona uma maior ligação entre a mãe e a criança, auxiliando no seu desenvolvimento.

Sabendo-se que o contato pele a pele pode auxiliar nessa ligação, foi realizado um estudo randomizado controlado que avaliou o efeito desse contato precoce por cinco dias ininterruptos, durante os primeiros 18 meses de vida de prematuros tardios. Observou-se que os prematuros tardios obtiveram mesmo grau de satisfação em relação à amamentação, entretanto apresentaram menores escores no ensino infantil (CHIU; ANDERSON, 2009).

Um estudo comparando prematuros tardios com recém-nascidos a termo evidenciou um alto índice de internação dos prematuros tardios devido a apneias e hipoglicemia, fatores que podem eventualmente influenciar o desenvolvimento neurológico (ISHIGURO; NAMAI; ITO, 2009).

Vários estudos apontaram fatores de risco ao desenvolvimento de morbidades pelos prematuros tardios (SHAPIRO-MENDOZA et al., 2006; BASTEK et al., 2008; MORAES; PIMIENTA; MADERA, 2009; DIMITRIOU et al., 2010). Shapiro-Mendoza et al. (2006) destacam como fatores de risco ao nascimento prematuro o fato de a mãe ser de origem asiática e ter apresentado complicações no trabalho de parto e no parto; o prematuro ser primogênito e não estar sendo amamentado na alta; e conforme a origem de onde ocorreu o parto, se hospital privado ou público. O parto cesáreo e a gemelaridade também aparecem na literatura como fatores de risco no desenvolvimento de morbidades nesses recém-nascidos (DEMESTRE GUASCH et al., 2009; ROJAS FERIA et al., 2011).

Ao avaliar os fatores desencadeantes do parto prematuro e comparar os resultados por IG, um estudo retrospectivo analisou o nascimento de 299 recém-nascidos, sendo 49 com 34 semanas, 50 com 35 semanas, 50 com 36 semanas e 150 a termo. Nesse contexto, 92% dos neonatos nasceram por trabalho de parto espontâneo ou após ruptura prematura de membranas. Destes, os nascimentos precoces resultaram em maior tempo de internação para os prematuros tardios, devido a problemas de alimentação (36% para prematuro tardio *versus* 5% para a termo), hiperbilirrubinemia (25% *versus* 3%) e complicações respiratórias (20% *versus* 5%). As complicações neonatais foram mínimas para recém-nascidos com 38 semanas ou mais (LUBOW et al., 2009).

A respeito do desenvolvimento cerebral, salienta-se que um terço do crescimento do cérebro ocorre entre 35 e 41 semanas de IG, sendo o pico de desenvolvimento do cérebro e medula entre 34 e 36 semanas. A maturidade do sistema nervoso é quase simultânea, ocorrendo entre 35 e 38 semanas de gestação, na qual se desenvolve a coordenação das funções necessárias para alimentar-se. Sendo assim, a imaturidade relativa do cérebro dos prematuros tardios pode aumentar a sua vulnerabilidade aos resultados neurológicos adversos (HALLOWELL; SPATZ, 2012).

Segundo Baker et al. (2009), alguns cuidados específicos ao prematuro tardio podem auxiliar no seu desenvolvimento e na sua organização neurológica, assim como a necessidade de estimulação sensorial precoce e organizada, avaliação neurológica e correção da IG. Os autores salientam ainda que o estímulo não deve ser realizado de forma simultânea, incluindo os estímulos tátil, luminoso, sonoro e

motor, mas realizá-los de forma organizada e individualizada, para que se tenha um resultado mais efetivo e que não cause danos e estresse ao prematuro tardio.

Verificou-se que o desenvolvimento sensorial dos prematuros tardios apresenta déficit durante o primeiro ano de vida, devido ao prejuízo de modulação sensorial (BART et al., 2011; VOIGT et al., 2012). Contudo uma pesquisa apontou que, se comparado com idade corrigida, esse dano pode ser nulo (ROMEO et al., 2010). Tais fatores ressaltam a importância de calcular a idade corrigida nas avaliações de acompanhamento, bem como a necessidade de estimulação precoce.

Os prematuros tardios representam uma população fisiologicamente imatura em termos de funções respiratórias, imunológicas, metabólicas e em características neurológicas e que diferem bastante dos recém-nascidos a termo (PICONE; PAOLILLO, 2010). Dessa forma, resalta-se a importância de orientações quanto a avaliação do padrão ventilatório, redução da exposição do recém-nascido a ambientes fechados e cheios, higiene corporal, manutenção da regulação térmica e estimulação sensorial organizada precoce, cuidados com a pele e higiene do coto umbilical (HUBBARD; STELLWAGEN; WOLF, 2007).

Beauman e Morris (2007) ressaltam que os prematuros tardios necessitam de maiores intervenções de reanimação neonatal e estão mais propensos a sofrer episódios de apneia, deficiência de surfactante e enterocolite necrosante.

Um estudo com 7.998 recém-nascidos indicou que a morbidade com consequente hospitalização era maior nos prematuros tardios, tendo alcançado 36%, enquanto apenas 2% dos RN a termo precisaram de internação (TSAI et al., 2012).

Devido à imaturidade fisiológica, existe uma grande instabilidade respiratória dos prematuros tardios, sendo esta uma das maiores causas de reinternação hospitalar, seguida de dificuldade na amamentação, hipoglicemia, hipotermia e hiperbilirrubinemia (BEAUMAN; MORRIS, 2007; BAKER et al., 2009; TSAI et al., 2012). Assim, sugerem-se orientações pertinentes ao padrão ventilatório, como manutenção de decúbito elevado, posicionamento nas mamadas e após elas, bem como a manutenção de amamentação exclusiva até o sexto mês de idade corrigida.

Um dos principais parâmetros avaliados e com grande repercussão para o prematuro tardio foram os problemas respiratórios (PICONE; PAOLILLO, 2010; TSAI et al., 2012). Dentro da imaturidade respiratória, podem-se incluir a síndrome do desconforto respiratório, a taquipneia transitória, a pneumonia, o pneumotórax e a

apneia. Houve uma diferença significativa de dificuldades respiratórias para prematuros tardios em comparação com os nascidos a termo (PICONE; PAOLILLO, 2010). Em estudo no qual foram avaliados 417 prematuros tardios, constatou-se alta frequência de problemas respiratórios, logo ao nascimento ou com necessidade de tratamento prolongando e internação hospitalar (PICONE; PAOLILLO, 2010).

Como comorbidade dos problemas respiratórios, encontra-se a asfixia perinatal, a qual acarreta prejuízo no desenvolvimento neuropsicomotor e fonoaudiológico dos recém-nascidos até a vida adulta. Dessa forma, a avaliação neurológica e motora, bem como as orientações de estimulação precoce, deve ser realizada logo que possível (PICONE; PAOLILLO, 2010).

As infecções foram foco de estudos e, quando associadas a problemas maternos, podem comprometer o prematuro tardio com possível dano cerebral (PICONE; PAOLILLO, 2010). Uma coorte retrospectiva avaliou os riscos do prematuro tardio para paralisia cerebral, retardo ou atraso no desenvolvimento mental e crises convulsivas na infância. Os resultados indicaram um aumento no risco para estes problemas em até três vezes para os prematuros tardios em relação aos recém-nascidos a termo (PETRINI et al., 2009).

Hubbard, Stellwagen e Wolf (2007) salientam que uma estratégia para a prevenção de infecção por hepatite B para os prematuros tardios é a mesma realizada para um recém-nascido a termo. No entanto crianças com menos de 2.000g podem ter uma resposta reduzida à vacina da hepatite B quando administrada antes de um mês de idade. Quando a mãe for HBsAg positivo ou desconhecido, uma dose total de Hepatite B deve ser dada dentro de 12 horas após o nascimento, se a criança pesar menos de 2.000g; essa dose de nascimento não será contada e o início da série de três doses de Hepatite B deve começar em um mês de idade cronológica ou na alta hospitalar. Outras vacinas podem ser dadas conforme o calendário de imunização, com base na idade cronológica, independentemente do peso.

Os problemas metabólicos caracterizam-se como repercussão da prematuridade tardia, com relatos de hipoglicemia, hipomagnesemia, hipo e hipernatremia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia e desidratação, como situações frequentes. Durante a internação, o prematuro tardio deve ser controlado para a possibilidade de perda de peso significativa, desequilíbrio eletrolítico para sódio e cálcio, bem como para distúrbios devido a transtornos alimentares, com ocorrência

de hiperbilirrubinemia de início tardio (PICONE; PAOLILLO, 2010). Para tanto, orientações sobre a amamentação se fazem necessárias, incluindo embasamentos teóricos e práticos sobre o ganho de peso lento, necessidade de estimulação para sucção em seio materno, assim como relato de orientações para a sonolência aumentada que ocorrerá devido a essa imaturidade.

Inúmeras são as vantagens do leite materno para o prematuro tardio que podem ser referidas às cuidadoras leigas entre elas a melhor digestibilidade e capacidade de prover componentes imunológicos, perfil nutricional balanceado e próprio para o prematuro bem como evidências que a amamentação pode ser considerada um fator de proteção para enterocolite necrosante (BRASIL, 2011).

Orienta-se que o contato pele a pele possa ser estimulado desde o nascimento e sempre que haja condições para isso, favorecendo assim o sucesso do aleitamento materno. Essa conduta estimulará a produção de leite materno, bem como auxiliará no desenvolvimento sensorial do recém-nascido (CHIU; ANDERSON, 2009).

Um aspecto de grande repercussão ao prematuro tardio refere-se à dificuldade de alimentação (TSAI et al., 2012). Um estudo que avaliou as causas da dificuldade de amamentação comparou os parâmetros de sucção não nutritiva de recém-nascidos a termo e de prematuro tardio, com protocolo adaptado da Escala de Avaliação Motora Oral. Os reflexos de procura, sucção, preensão palmar e mãos em linha média foram menos frequentes nos prematuros tardios, que apresentaram predomínio de sucção esporádica, sucção com pausas longas e travamento e/ou tremores de mandíbula. Os prematuros tardios também apresentaram retração e protrusão de língua. Essas características contribuem para dificuldade e manutenção da sucção no seio materno por parte dos prematuros tardios (KAO; GUEDES; SANTOS, 2011).

Walker (2008) salienta que os prematuros tardios estão em desvantagem em termos de alimentação e habilidades. Nascidos com baixos estoques de energia, tanto subcutânea como de gordura marrom, possuem um gasto maior de energia para manutenção da temperatura corporal, demandas respiratórias e manutenção da alimentação. São imaturos fisiologicamente e necessitam manter sua hidratação e nutrição, mesmo com sua sonolência aumentada e os curtos períodos de vigília oferecendo oportunidades limitadas de alimentação.

A fadiga precoce dos prematuros tardios e a falta de sucção sustentada podem dar um falso sinal de saciedade, levando mães a concluírem erroneamente que a criança ingeriu um volume suficiente de leite, que podem chegar a uma desidratação, ingesta insuficiente de calorias e hiperbilirrubinemia. Sendo assim, caso não haja orientação à família de que o recém-nascido é, de fato, um prematuro tardio, este possuirá um risco aumentado para inadequação da ingestão alimentar (WALKER, 2008).

Em relação ao amadurecimento cerebral de um prematuro tardio, pouco pode ser feito, no entanto a compreensão de como o desenvolvimento do cérebro afeta a ingestão oral pode ajudar a estabelecer práticas que facilitem a alimentação bem-sucedida (HALLOWELL; SPATZ, 2012).

Com relação às repercussões da prematuridade tardia, um estudo observou as subclasses de lipoproteínas nos prematuros tardios na avaliação precoce do sangue de cordão, evidenciando um aumento de colesterol quando comparado aos recém-nascidos a termo, sendo este mais um prejuízo do nascimento precoce (NAGANO et al., 2012).

O prematuro tardio pode conseguir estabelecer uma boa alimentação no período inicial do aleitamento materno, enquanto que o seu reflexo de sucção é forte e o volume de colostro é baixo. Essas crianças, entretanto, são incapazes de sugar em seio materno no momento em que o leite maduro se estabeleça, não conseguindo desenvolver ou coordenar o padrão de sucção, deglutição e respiração necessários para o leite mais abundante. Tal fato pode levar a uma diminuição na oferta de leite materno e desidratação do lactente (HILLMAN, 2007).

A letargia associada à hiperbilirrubinemia e à desidratação diminui ainda mais a capacidade do prematuro tardio em manter a capacidade de ingestão de leite adequada. Muitos prematuros tardios necessitam de suplementação (com leite materno ou fórmula) após a amamentação nas primeiras semanas de vida (HILLMAN, 2007).

Shapiro-Mendoza et al. (2006) salientam que o acompanhamento domiciliar poderia aumentar as chances de sucesso na amamentação através da observação das mamadas, da pega, do tempo de sucção e do número de trocas de fraldas, reduzindo os índices de morbidades neonatais.

Seguindo-se os dez passos referentes ao aleitamento materno (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1990), um pressuposto seria que no final da

primeira semana de vida estivesse estabelecida a amamentação eficaz. No entanto esse não é o caso para os prematuros tardios. De acordo com Meier, Furman e Degenhardt (2007), o passo mais importante para o sucesso da amamentação seria o reconhecimento dos riscos para uma dificuldade na amamentação. Dessa forma, os cuidadores profissionais não deveriam supor que a amamentação irá acontecer de forma eficaz. Em vez disso, deveria se estabelecer uma abordagem cautelosa sobre os parâmetros a serem avaliados, como tempo de sucção em seio materno, manutenção da sucção em seio materno, identificação dos estágios de atividade do prematuro tardio e verificação das eliminações. Sendo assim, a avaliação da dupla mãe/prematuro tardio deveria ser acompanhada também em domicílio para o estabelecimento da continuidade da amamentação.

Os prematuros tardios possuem uma imaturidade a qual impede que eles possam coordenar de forma adequada a sucção, a respiração e a deglutição, havendo a necessidade de o cuidador regular o tempo de sucção de leite realizando ou permitindo ao prematuro pausas durante as mamadas. Assim, cabe aos profissionais da saúde ensinar e auxiliar nesse processo inicial de amamentação (LUDWIG, 2007).

Um cuidado durante a amamentação é o controle do padrão ventilatório do prematuro tardio, visto que este pode apresentar um quadro de taquipneia que, se sobreposta à amamentação, pode ocasionar problemas como apneia, bradicardia, queda de saturação, aspiração, fadiga e coordenação da deglutição comprometida. Para avaliar o comprometimento e a dificuldade de sucção em seio materno, pode ser observado o reflexo de tosse deficiente, engasgos, elevação da língua, impedindo o posicionamento correto das mamadas, e perda de líquido durante a sucção. Devem-se observar também casos de não realização da pausa durante a amamentação, pois o prematuro tardio poderá elevar sua frequência respiratória e muitas vezes levar à queda de saturação, levando também à fadiga precoce, contribuindo para a diminuição da resistência de tempo de sucção (LUDWIG, 2007). Tais fatores podem levar ao desinteresse inicial pela alimentação, com conseqüente insucesso da amamentação, retardando o ganho de peso e levando à insegurança das mães em relação a estabelecer o padrão de alimentação de seu filho prematuro tardio (LUDWIG, 2007).

Outros fatores que estão intimamente ligados ao sucesso da alimentação são problemas como a hipoglicemia, a icterícia e a instabilidade térmica, as quais são



sinais comuns no prematuro tardio. Cada uma dessas questões pode contribuir para uma diminuição do estado de excitação e fadiga precoce durante a alimentação. A diminuição da excitação durante a alimentação tende a proporcionar menos volume de mamada, seguido de período de sonolência e desinteresse (LUDWIG, 2007).

Um estudo avaliou a hiperbilirrubinemia, pesquisando níveis de bilirrubina transcutânea em 4.387 recém-nascidos, sendo 793 deles prematuros tardios. Foram coletados os níveis séricos dos recém-nascidos até o quinto dia de vida, e verificou-se que os prematuros tardios têm três vezes mais chances de apresentarem hiperbilirrubinemia. Esse estudo demonstrou que a hiperbilirrubinemia não poderia ser associada à amamentação, uma vez que os recém-nascidos incluídos na pesquisa não tiveram internação hospitalar e eram amamentados de forma eficaz (FOUZAS et al., 2010). Outras pesquisas corroboram os achados de que os níveis de bilirrubina são comprovadamente maiores nos prematuros tardios (PICONE; PAOLILLO, 2010; TSAI et al., 2012).

As complicações da icterícia, como o kernicterus e a encefalopatia bilirrubínica, podem ser minimizadas e prevenidas em prematuros tardios pelo reconhecimento do risco aumentado devido à má alimentação e à imaturidade hepática. A má alimentação do prematuro tardio é a principal causa de hiperbilirrubinemia grave e de readmissão hospitalar nos primeiros dias de vida (HILLMAN, 2007).

A avaliação do lactente já nos primeiros dias poderia fornecer orientações mais abrangentes em seu domicílio, auxiliando na ingestão adequada de leite materno e realizando uma melhor avaliação clínica para a icterícia neonatal (SHAPIRO-MENDOZA et al., 2006).

Radtke (2011) salienta que deve existir rastreamento e vigilância contínuos para a hiperbilirrubinemia e a baixa ingestão de leite materno, devendo ser condutas observadas e acompanhadas com registros, visando ao tratamento mais precoce possível. A autora considera ainda de responsabilidade do cuidador profissional o estabelecimento precoce da amamentação e a redução das morbidades relacionadas.

Além das repercussões aqui citadas que a prematuridade acarreta, foi constatada diferença significativa em relação aos recém-nascidos a termo sobre a instabilidade de temperatura, os índices de reinternação hospitalar e a taxa de mortalidade neonatal, sendo maiores nos prematuros tardios (TSAI et al., 2012). Não

foi comprovada a relação entre acidentes vasculares cerebrais e prematuridade (MARTÍNEZ; DÍAZ; SÁNCHEZ, 2009).

McGrath (2007) ressalta que os prematuros tardios e suas famílias necessitam de uma série de recomendações e orientações para a redução de morbidades, quando já em seus domicílios, relacionadas a respiração, hiperbilirrubinemia, alimentação e infecção. Assim, aponta que os prematuros tardios podem continuar a ter dificuldades respiratórias e precisar de uma observação mais rigorosa, pois possuem um risco maior em desenvolver a síndrome da morte súbita do que os recém-nascidos a termo. Medidas como a posição supina e o decúbito elevado devem ser orientadas para a redução dessa fatalidade, bem como recomendar a ida da criança até a unidade de saúde sempre que os pais tiverem dúvidas em relação à sua saúde (MCGRATH, 2007).

Essas crianças estão especialmente em risco mais elevado para o desenvolvimento de hiperbilirrubinemia, primeiramente associada a seu nascimento prematuro e depois às dificuldades da amamentação e ao aporte nutricional insuficiente (MCGRATH, 2007).

Em relação à temperatura corporal, os prematuros tardios possuem uma dificuldade maior em realizar sua manutenção, em comparação aos nascidos a termo, por possuírem menor quantidade de gordura corporal, precisando de um apoio externo para manutenção da temperatura, devendo muitas vezes serem vestidos de forma diferente (MCGRATH, 2007).

McGrath (2007) propõe algumas orientações iniciais aos familiares dos prematuros tardios. É importante a observação do padrão de sono, que poderá estar alterado, pois essas crianças podem precisar ser despertas para a alimentação e ser alimentadas com maior frequência do que as crianças nascidas a termo; elas também podem adormecer durante as mamadas e parecer desinteressadas, mas devido ao seu tamanho é importante que se mantenha o aporte calórico e nutricional. Outras recomendações propostas por McGrath (2007) são: o posicionamento para dormir, sendo indicado o decúbito dorsal elevado, reduzindo os riscos para a morte súbita do lactente; a avaliação clínica, observando sinais de icterícia, sendo examinados na alta e 48 horas após a alta hospitalar, em casos de prematuros que já não ficaram internados por outros motivos; vigiar as dificuldades respiratórias e o padrão ventilatório, com observação da coloração do recém-nascido, comunicando imediatamente os profissionais da saúde; uma maior

suscetibilidade a quadros de infecções, sendo orientada a lavagem de mãos obrigatória para contato com o prematuro tardio, evitando multidões, vestir o recém-nascido adequadamente e evitando correntes de ar.

Todas as precauções para evitar complicações devem ser adotadas, entretanto, em casos de alterações que os pais consigam identificar, os prematuros tardios devem ser levados a uma unidade de saúde para que se possa fazer uma avaliação mais criteriosa, com os devidos encaminhamentos.

As famílias dos prematuros tardios precisam receber as orientações de forma clara e concisa, enfatizando-se que os cuidados não são realizados para uma criança pequena, e sim para uma criança com imaturidade neurológica e mais propícia a desenvolver complicações do que uma criança nascida no termo. Muitas mães, ao levarem filhos prematuros para seus domicílios, sentem-se inseguras e necessitam de auxílio, tanto nas orientações sobre amamentação, que podem ser consideradas de maior complexidade, quanto em relação à manutenção da temperatura corporal, mesmo este cuidado sendo considerado como uma prática comum (BEAUMAN; MORRIS, 2007).

Segundo a literatura exposta, ressalta-se a importância de desenvolver práticas de cuidados baseadas nas particularidades dos prematuros tardios. Assim, faz-se necessário conhecer a cultura, crenças, valores e as práticas de cuidado dos prematuros tardios, tanto de forma leiga quanto profissional, para adequá-la a cultura de cada indivíduo, prestando um atendimento integral e reduzindo as morbidades e a mortalidade infantil.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Analisar o cuidado leigo e profissional prestado ao recém-nascido prematuro tardio nos primeiros seis meses após a alta hospitalar no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

#### **3.2 Específicos**

- Descrever o contexto sócio-cultural na qual os prematuros tardios foram cuidados nos primeiros seis meses após a alta hospitalar.
- Descrever as práticas de cuidado leigas e profissionais realizadas com os prematuros tardios nos primeiros seis meses após a alta hospitalar.

## 4 METODOLOGIA

A presente pesquisa utiliza uma abordagem qualitativa, uma vez que, de acordo com Douglas et al. (2010), os métodos qualitativos trazem ao pesquisador uma maior diversidade de *insights* sobre o fenômeno que está sendo estudado, permitindo uma maior flexibilidade, sem deixar de trazer resultados confiáveis, porém raramente generalizáveis.

As pesquisas no campo da enfermagem, dentro da perspectiva qualitativa, utilizam vários métodos de pesquisa, entre eles a etnografia. Para Leininger (1998), a etnografia permite conhecer de forma sistemática as pessoas dentro de seus costumes, suas práticas, crenças e interpretações do mundo, nos seus modos de vida dentro de suas culturas, através de observação, descrição, documentação e análise. Nessa perspectiva, uma das divisões da etnografia pode ser denominada minietnografia, a qual permite conhecer uma determinada região dentro de sua cultura.

Assim, para a realização deste estudo foi desenvolvida uma minietnografia que, segundo Leininger (1995), possibilita focalizar uma área restrita e específica de uma investigação. Sendo assim, o estudo ocorreu por meio de um processo sistemático de observação, documentação e análise dos estilos de vida em uma cultura, buscando-se compreender as pessoas no seu ambiente natural.

Dentro do cuidado cultural, o conhecimento pode ser subdividido em duas perspectivas oriundas da antropologia: a *emic* e a *etic*. Leininger (1998) aponta que *emic* refere-se aos aspectos ideológicos e simbólicos de cultura na perspectiva do indivíduo nativo de uma determinada sociedade. Já *etic* refere-se a uma manifestação de cultura observável, ou seja, comportamentos, estrutura social, modo de vida. Dessa forma, na minietnografia, durante a coleta de dados, é necessário o pesquisador conhecer a perspectiva *emic* de uma determinada região para poder assumir uma postura *etic*, olhando para os fenômenos de forma crítica e universal.

### 4.1 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada em unidades de Estratégia Saúde da Família, localizadas no distrito Glória/Cruzeiro/Cristal de Porto Alegre (ANEXO A). Essa é área de abrangência de atuação de alunos e professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o que permite uma maior flexibilidade de implementação de ações após a análise dos resultados coletados.

A estratégia prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral, contínua e de qualidade, estimulando a organização da comunidade e a efetiva participação popular (PORTO ALEGRE, 2010). Nesse contexto, foi escolhida a Estratégia Saúde da Família para conhecer como ocorre o cuidado profissional às crianças nascidas prematuramente, por ser a unidade básica instituída no processo municipalizado de atenção à saúde no SUS.

Inicialmente, foram incluídas no estudo duas unidades de ESF, porém estas estavam trazendo limitações à pesquisa, uma vez que nelas os prematuros tardios não estavam sendo identificados. Assim, houve a necessidade de solicitar ao comitê de ética a inclusão de duas novas unidades de ESF, localizadas nessa mesma região, para que se pudesse encontrar a população em estudo (ANEXO B). Das quatro unidades selecionadas, apenas três permaneceram como campo de coleta, devido ao número de prematuros identificados.

As unidades escolhidas para a coleta de dados foram selecionadas pelo maior número de gestantes cadastradas no atendimento de pré-natal. Nessas unidades, havia de uma a duas equipes de ESF, cada uma composta por um enfermeiro, um médico, dois técnicos ou auxiliares de enfermagem e de três a seis agentes comunitários. Entretanto, durante a coleta de dados, houve momentos em que as equipes não estavam completas, com ausência de médicos, enfermeiros ou agentes comunitários. Salienta-se que o distrito onde se realizou a pesquisa é composto por um Centro de Saúde, 14 unidades de ESF, nove Unidades Básicas de Saúde e um Pronto Atendimento de Urgência. Cada equipe de ESF fica responsável em média por 850 famílias, correspondendo aproximadamente de 3,5 mil a quatro mil pessoas (PORTO ALEGRE, 2010).

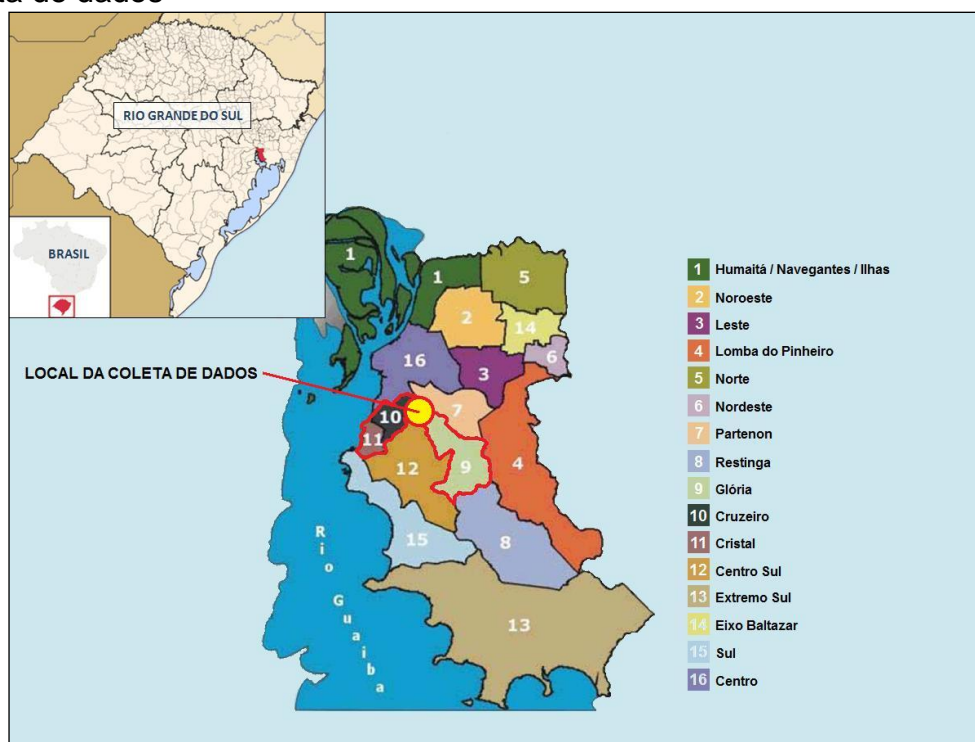
As unidades de ESF contavam com serviços de consultas em pediatria, ginecologia e clínica geral, teste do pezinho, vacinas, curativos, nebulizações, atendimento de enfermagem, bem como visitas domiciliares. Tais unidades

encontram-se inseridas nos programas Nascer<sup>1</sup>, Prá-crescer<sup>2</sup> e Hiperdia<sup>3</sup> (acompanhamento de hipertensos e diabéticos).

Essas unidades de ESF estão localizadas em uma comunidade de Porto Alegre cujo principal meio de acesso são os transportes coletivos. As casas da região são construídas com alvenaria, madeira e plástico, não tendo cobertura total de saneamento básico e luz (PORTO ALEGRE, 2010). Pelo cadastro do IBGE, as pessoas que vivem nessa comunidade são consideradas de classe econômica C e D. Nesse distrito, em 2012, havia o cadastro de 160.118 pessoas.

A área de abrangência das unidades estudadas encontra-se no distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, situando-se nos bairros Santa Tereza e Teresópolis, como destacado no mapa das Gerências Distritais de Porto Alegre (Figura 1).

**Figura 1** - Gerências distritais de saúde de Porto Alegre com destaque para região da coleta de dados



Fonte: Adaptado de Conferência Municipal de Saúde<sup>4</sup> e Google Maps<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Um relatório sobre o programa está disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto\\_nascer.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf)>. Acesso em: 8 set. 2013.

<sup>2</sup> Um relatório sobre o programa está disponível em <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/prá\\_crescer\\_2006.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/prá_crescer_2006.pdf)>. Acesso em: 8 set. 2013.

<sup>3</sup> Informações sobre o programa estão disponíveis em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id\\_area=807](http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807)>. Acesso em: 8 set. 2013.

<sup>4</sup> Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cmsaude/usu\\_doc/5\\_livro\\_15\\_anos\\_conferencias.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cmsaude/usu_doc/5_livro_15_anos_conferencias.pdf)>. Acesso em: 8 set. 2013.

<sup>5</sup> Disponível em: <<http://maps.google.com.br>>. Acesso em: 12 set. 2013.

Segundo os indicadores de pré-natal por gerência distrital, no ano de 2008, percebeu-se a necessidade de priorização da atenção às gerências Glória/Cruzeiro/Cristal, Restinga/Extremo-Sul, Norte/Eixo-Baltazar e Partenon/Lomba do Pinheiro, pois nessas áreas foi encontrado maior número de registros quanto ao nascimento de prematuros e recém-nascidos de baixo peso; com destaque no distrito Glória/Cruzeiro/Cristal com o maior coeficiente de mortalidade infantil menor de um ano (PORTO ALEGRE, 2010).

O distrito Glória/Cruzeiro/Cristal caracteriza-se pela ocorrência de baixos índices de escolaridade, grande número de filhos, baixa renda familiar, alto índice de gravidez na adolescência, diferentes tipos de violência, pouca expectativa profissional e de ensino para as famílias, afetando especialmente jovens e mulheres. Com isso, tornam-se suscetíveis ao uso, abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas, bem como ao tráfico de drogas (PORTO ALEGRE, 2010). Esses fatores influenciam diretamente nas práticas de cuidado à saúde do prematuro tardio, fazendo que haja a necessidade de conhecer a cultura e a prática realizada nesse contexto.

## **4.2 Informantes**

Em pesquisas do tipo etnográfico, aqueles que participam do estudo são denominados informantes. Para Polit, Beck (2011, p. 44), este é um termo adequado para referir-se aos “indivíduos que cooperaram no estudo de forma mais ativa do que passiva”.

Os informantes são classificados como informantes gerais e informantes-chave. Considera-se informante geral o participante que preenche os critérios de inclusão da pesquisa, fornecendo informações e reflexões sobre o foco do estudo, o qual representa a comunidade, não necessitando possuir domínio completo da investigação, mas tendo ideias gerais que está disposto a partilhar. Informante-chave é o participante que tem conhecimento profundo da cultura do grupo, sendo intencionalmente escolhido durante a coleta de dados, pelos pesquisadores ou por pessoas da própria cultura ou subcultura, pois apresentam domínio do tema investigado (DOUGLAS, 2010). Devido à grande rotatividade de profissionais da saúde, bem como dos moradores locais, os informantes-chave foram escolhidos



pelas pesquisadoras integrantes do Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê que já atuam na região em atividades acadêmicas há mais de uma década.

Douglas et al. (2010) recomendam que estudos minietnográficos incluam de seis a oito informantes-chave e de 12 a 16 informantes gerais; e que a relação entre informantes-chave e gerais seja de pelo menos um informante-chave para cada dois gerais.

Sendo assim, os informantes leigos desta pesquisa foram as mulheres-mães dos prematuros tardios; como informantes profissionais, foram escolhidos os profissionais de saúde da ESF que prestaram atendimento diretamente aos prematuros em estudo. As informantes leigas incluídas na pesquisa foram 13 mulheres-mães de 15 prematuros tardios (de 34 semanas a 36 semanas e seis dias de IG ao nascer), devido a dois casos de gemelaridade. Como informantes profissionais, foram selecionados oito profissionais da saúde, envolvendo enfermeiras, médicas, técnicas de enfermagem e agentes comunitárias. Utilizou-se o gênero feminino para caracterizar todos os informantes, independentemente do sexo da pessoa, para assegurar o anonimato, visto que as informantes leigas são mulheres e o maior número de profissionais são do sexo feminino.

Como critérios de inclusão para as informantes leigas foram estabelecidos: serem mães, maiores de 18 anos, cujos filhos fossem prematuros tardios, com peso de nascimento igual ou superior a 1.500g, não sendo portador de nenhuma malformação e com alta hospitalar até o 45º dia de vida. Dessas mães, foram estabelecidas quatro informantes-chave, definidas no transcorrer da pesquisa. Essas informantes foram selecionadas a partir da indicação dos profissionais das unidades de ESF, por análise de cadernos de controle de pré-natal, teste do pezinho, cadastro do Programa Pré-crescer e a confirmação nas primeiras consultas de puericultura dos recém-nascidos, verificando a data e a IG na carteira da criança. Essa busca foi realizada com duas visitas semanais às unidades de ESF, no intuito de conseguir identificar os nascimentos, visto que não existe um controle de nascimentos com as idades gestacionais das crianças.

Os critérios de inclusão das informantes profissionais foram: estar trabalhando nas unidades de saúde na qual estas informantes leigas tiveram seu acompanhamento de pré-natal ou puericultura e terem tido contato direto de acompanhamento com elas durante o período de pré-natal ou puericultura. Assim, totalizaram oito informantes profissionais, sendo duas médicas, duas enfermeiras,

duas técnicas de enfermagem e duas agentes comunitárias, que estiveram envolvidas no atendimento das mães dos prematuros tardios selecionados. Nessa categoria de profissionais de saúde foram selecionadas quatro informantes-chave, sendo uma enfermeira, uma médica, uma técnica de enfermagem e uma agente comunitária.

A escolha das profissionais da saúde foi realizada de forma intencional e distribuída de forma homogênea entre as unidades de ESF, almejando informações gerais e não particulares de uma determinada região. Houve uma dificuldade na escolha das profissionais da saúde, pois, durante a coleta de dados, ocorreu uma modificação no regimento de trabalho, havendo um processo seletivo de novos profissionais, realizado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, o que modificou o quadro funcional.

A fim de manter o anonimato das informantes, todos os seus nomes foram trocados por nomes femininos, sendo o das mães por nomes que iniciassem com a letra 'M', dos profissionais por nomes que iniciassem com a letra 'P' e dos filhos com nomes que iniciassem com a letra 'F'. Nas falas, quando relevante devido ao contexto, foi identificado o número de meses após a alta hospitalar do recém-nascido.

#### *4.2.1 Caracterização das informantes leigas*

As informantes leigas totalizaram 13 mães, possuíam idade entre 18 e 41 anos, sendo cinco de 18 a 20 anos, três de 24 a 25 anos, quatro de 29 a 36 anos e uma de 41 anos. Seis delas eram casadas, cinco estavam em união estável informal, uma separada (e ao término da coleta já estava com o marido) e uma era solteira.

Em relação à escolaridade, duas delas cursavam ensino superior, uma possuía curso técnico, quatro haviam concluído o ensino médio e uma estava incompleto, duas possuíam o ensino fundamental e três ainda não haviam completado o ensino fundamental.

A ocupação das informantes envolvia as seguintes atividades: estagiária de pedagogia, estudante, auxiliares de serviços gerais, empregada doméstica, empacotadora, vendedora, atendente de padaria, educadora infantil e atendente de telemarketing. Segundo as informantes, possuíam renda familiar entre um a quatro salários mínimos.

Das 15 crianças, uma foi fecundada por indução medicamentosa e acompanhada em um hospital público, e um dos casos de gemelaridade ocorreu por inseminação artificial em um hospital privado. Em relação à paridade, sete informantes leigas eram primíparas e seis eram múltiparas, chegando até três filhos.

O atendimento de pré-natal de seis informantes ocorreu exclusivamente na unidade de ESF. Três mães iniciaram na unidade de ESF, sendo encaminhadas ao pré-natal de alto risco na rede hospitalar pública, entretanto mantiveram o acompanhamento na unidade de ESF. Outras três mães possuíam planos de saúde, mas faziam o acompanhamento tanto na rede conveniada quanto na rede pública, pois acreditavam que não poderiam ter seus filhos em hospitais públicos caso não estivessem mantendo o acompanhamento de pré-natal na rede pública. E uma delas realizou inseminação artificial na rede privada, fazendo o acompanhamento inicial na rede privada, passando posteriormente para a rede pública. O número de consulta de pré-natal variou entre duas e 14 consultas.

Sete nascimentos ocorreram via parto vaginal, sendo um deles de gemelares, e os outros seis partos foram de parto cesárea, também sendo um deles de gemelares. As cesarianas ocorreram por gemelaridade, pré-eclâmpsia, apresentação pélvica, descolamento prematuro de placenta e oligodrâmio.

Após o nascimento, 10 prematuros necessitaram de internação em UTIN devido a disfunções respiratórias, hipoglicemia, baixo peso ao nascer, anemia, icterícia neonatal e necessidade de tratamento por sífilis congênita. O período de internação dos prematuros foi de três a 18 dias, totalizando 94 dias de internação hospitalar.

Todas as crianças tiveram acompanhamento de puericultura na rede básica, porém cinco delas também realizaram consultas em convênio ou particular, e após voltaram a ser acompanhadas na rede básica. Durante os seis meses de acompanhamento, essas crianças tiveram de uma a seis consultas de puericultura, sendo elas na maioria dos casos em interconsulta, contudo houve períodos em que não havia médica na unidade de saúde, sendo então realizadas consultas pelas enfermeiras.

Durante a coleta de dados, das 15 crianças estudadas, sete precisaram de reinternação hospitalar por problemas respiratórios, infecção do trato urinário e para cirurgia de correção de hérnia inguinal bilateral.

Para um melhor entendimento das nomenclaturas, os RNPTT em estudo serão denominados, nesta pesquisa, prematuros tardios ou crianças, devido ao acompanhamento de seis meses; sendo assim, ultrapassam o período neonatal.

#### *4.2.2 Caracterização das informantes profissionais*

As informantes profissionais possuíam entre 33 e 65 anos. A experiência profissional em unidades básicas de saúde variou entre dois anos e meio a 18 anos, com períodos de um mês a 17 anos na ESF. O vínculo institucional era por concurso, terceirizado ou contrato municipal.

Em relação ao grau de escolaridade das profissionais, duas possuíam o ensino fundamental, duas fizeram o curso técnico em enfermagem, uma tem graduação em enfermagem, uma é especialista em saúde da família e duas realizaram residência em saúde pública. O tempo de formação variou entre três e 34 anos.

Em relação a cursos de atualização oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, duas informantes referiram não terem recebido, entretanto estavam há menos de dois anos na unidade. As outras profissionais afirmaram ter recebido cursos de atualização sobre o desenvolvimento da criança, amamentação, alimentação e nutrição da criança, apego, pré-natal de baixo risco, sífilis congênita, HIV durante a gestação e transmissão vertical, prevenção de câncer de mama e de colo do útero e protocolos da secretaria, mas não souberam informar a frequência e o período das capacitações.

### **4.3 Coleta de dados**

Na coleta de dados etnográfica, o processo está inserido no trabalho de campo, pois é realizada no ambiente natural dos informantes. O trabalho de campo envolve a imersão do pesquisador na comunidade em estudo por longos períodos, a fim de obter a compreensão para contextualizar os dados etnográficos. O trabalho de campo inclui a entrada no campo, o desenvolvimento de relações, a coleta, a manipulação e a análise dos dados, e a elaboração do trabalho final (FITZPATRICK; KAZER, 2006).

Para coleta de dados, utilizou-se estratégias de observação propostas por Leininger (1998) e entrevista etnográfica e análise de documentos, propostas por Douglas et al. (2010). Todas as etapas da coleta de dados foram realizadas pela autora desta tese, quase sempre acompanhada de outras pesquisadoras, a fim de qualificar a observação com posterior discussão sobre os fatos vivenciados.

A observação proposta por Leininger (1998) compreende quatro fases: observação; observação com alguma participação; participação com alguma observação; e observação reflexiva. Essas quatro fases se inter-relacionam, não tendo uma ordem pré-definida. Assim, a cada encontro realizado com profissionais de saúde, mães ou em visitas à unidade de ESF, visando a coletar dados dos prontuários ou selecionar informantes, foram realizadas anotações sobre a observação em um diário de campo (APÊNDICE A).

A observação teve como finalidade coletar dados sobre os fatores culturais observados no campo em estudo, com intenção de elaborar um sistema contínuo de avaliação e coleta de dados que surgem à medida que o pesquisador observa um evento. Com esse diário de campo foi possível interpretar e correlacionar fatos com experiências anteriores, bem como com as falas dos informantes, gerando subsídios para criação de novos questionamentos sobre o significado de ações culturais da comunidade e para análise de fatos ocorridos.

Descrevendo as quatro fases de observação, tem-se a primeira fase, a observação, que consiste em o pesquisador conhecer o local e os informantes para inteirar-se do contexto e assim poder descrever as observações realizadas (LEININGER, 1995). Nessa fase, é importante observar e ouvir os informantes, obtendo uma visão ampla para detalhar as observações, em especial, do contexto cultural (LEININGER, 1998).

A segunda fase de observação é a observação com alguma participação, na qual a observação continua sendo o principal foco, entretanto inicia-se a participação do pesquisador, através das entrevistas e observação das respostas, no intuito de conhecer a cultura, sem interferir nesta. O pesquisador pode ainda conviver com o informante para uma melhor interação e observação detalhada da realidade (LEININGER, 1998).

Na terceira fase, participação com alguma observação, o pesquisador começa a participar das atividades e diminui o foco da observação, pois, quando participa das atividades, torna-se difícil manter-se como um observador mais ativo, entretanto

preserva o foco da observação (LEININGER, 1998). Nessa fase, foi importante a companhia de outra pesquisadora para que pudesse ser realizada a observação de todos os acontecimentos, para posterior descrição em diário de campo.

Na quarta e última fase, denominada observação reflexiva, o pesquisador reflete criticamente sobre todos os dados já coletados, avaliando as informações coletadas, bem como o grau de influência que teve sobre a pesquisa (LEININGER, 1998). Essa fase permitiu uma análise mais profunda dos dados coletados, possibilitando evidenciar práticas de cuidado nem sempre relatadas.

As entrevistas foram de tipo etnográfico, ou seja, baseiam-se em questões norteadoras, questões gerais e, quando necessário, permitem aprofundamento de perguntas realizadas de outros questionamentos. Nessa perspectiva, abordam-se temas, podendo ser questionado sobre a comunidade, os valores e as práticas culturais. Essa forma de entrevista permite que, após a análise das questões, o pesquisador volte ao campo e questione as práticas pertinentes à cultura local (DOUGLAS et al., 2010).

Participaram das entrevistas as informantes leigas e profissionais, permitindo conhecer as práticas de cuidado ao prematuro tardio e abordar assuntos pessoais, aprofundando os aspectos observados na comunidade ainda não mencionados, admitindo correções e esclarecimentos, com vistas à maior segurança e fidedignidade na coleta e análise dos dados (SILVEIRA et al., 2009).

As informantes leigas iniciaram o ciclo de entrevistas, durante o primeiro, o terceiro e o sexto mês pós-alta hospitalar dos prematuros tardios, sendo que com uma das mães foi necessário voltar ao campo e realizar uma nova entrevista, totalizando assim 40 entrevistas, que variaram de 15 minutos a uma hora e 20 minutos, totalizando aproximadamente 25 horas.

No primeiro contato com as informantes, foram explicados os objetivos da pesquisa, sendo lido e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo um formato para as mães (APÊNDICE B) e outro formato para os profissionais (APÊNDICE C). As entrevistas iniciaram somente após a assinatura do termo em duas vias, sendo uma do informante e outra da pesquisadora.

O roteiro das entrevistas às informantes leigas (APÊNDICE D) possuía um cabeçalho de identificação, com questões sobre idade, paridade, escolaridade, religiosidade, data e local do nascimento, motivo da prematuridade, entre outros aspectos socioculturais envolvidos. Após o cabeçalho de identificação, havia um

roteiro com questões norteadoras, envolvendo questões específicas para cada mês de entrevista.

A primeira entrevista tornava-se mais detalhada e longa, sendo questionados os fatores culturais, desde a gestação e o parto até as práticas de cuidado ao seu filho prematuro tardio. As questões sobre a gestação envolveram pré-natal, alimentação, sono e repouso, atividades físicas, trabalho, lazer, atividade sexual, religiosidade, cuidado do lar, orientações de saúde, vestuário, necessidades de modificações na rotina diária, e práticas, mitos e crenças familiares e sociais. Em relação ao prematuro tardio, foram questionados fatores relacionados às práticas leigas de cuidado diário, envolvendo: alimentação, higiene, repouso, estimulação do recém-nascido, religiosidade, orientações de saúde, vestuário, crenças e mitos familiares e sociais. As orientações recebidas dos profissionais da saúde em relação a todas essas temáticas também foram investigadas.

Nas entrevistas subsequentes do terceiro e sexto mês após a alta hospitalar do prematuro tardio, foram questionados aspectos relacionados a esta criança quanto às crenças e às práticas de cuidados leigos e profissionais prestados (APÊNDICE E). Entretanto, após a análise diária de cada entrevista, novas questões eram formuladas para a entrevista seguinte, tendo assim informações maternas nas entrevistas dois e três.

Após a inclusão das 13 mães, iniciaram-se as entrevistas às profissionais da saúde, as quais totalizaram oito entrevistas com duração de aproximadamente 20 a 45 minutos, totalizando cinco horas de gravações. As questões aos profissionais da saúde envolveram as práticas de cuidado específico a cada dupla mãe/recém-nascido, bem como o papel de cada profissional no contexto de cuidado à gestante e ao prematuro tardio (APÊNDICE F).

As entrevistas às mães foram realizadas preferencialmente em seus domicílios, permitindo uma melhor observação da rotina e aprofundamento dos questionamentos que surgiram da verificação dos prontuários e documentos coletados nas ESFs. Contudo houve casos em que as mães preferiram realizar as entrevistas nas unidades da ESF.

Os profissionais de saúde foram entrevistados nas próprias ESFs de trabalho, após a segunda entrevista da última criança incluída, prevendo-se um melhor alcance de informações, visto que o atendimento na ESF é interdisciplinar, com alternância de consultas entre médicos e enfermeiros. As agentes de saúde e as

técnicas de enfermagem contemplam dados mais aprimorados sobre as informantes leigas, devido ao tempo de acompanhamento de tais crianças, tanto na unidade quanto em seus domicílios.

Em relação às informantes-chave, optou-se por escolher quatro mães e quatro profissionais da saúde, visto que estas pessoas eram as mais inseridas no contexto local. Optou-se por escolher quatro cuidadoras leigas e quatro profissionais para que se pudesse ter as duas visões a respeito da mesma temática. As entrevistas às informantes-chave iniciaram após a inclusão das 13 mães na pesquisa e tendo todas as entrevistas gerais sido realizadas a cada grupo de informantes.

As questões norteadoras dessas entrevistas emergiram da análise dos dados coletados. Tiveram seus tempos de entrevista entre 30 e 40 minutos, totalizando um pouco mais de quatro horas. Envolveram temas sobre o início do pré-natal; encaminhamento da gestante para alto risco; mudança frequente de endereço das mães; desconhecimento da prematuridade de seus filhos; omissão de informações relevantes aos profissionais da saúde; opções de escolha das práticas de cuidado em relação aos profissionais e familiares; entendimento de orientações errôneas dos profissionais da saúde; desvalorização da informação profissional; locais de escolha para realização das entrevistas; e práticas de cuidados sazonais (APÊNDICE G).

A coleta dos documentos constou da carteira de pré-natal da mãe, prontuário da mãe e da criança, ficha de acompanhamento do município (Ficha Pré-Nenê), quando em acompanhamento, e caderneta de saúde da criança. Os cartões de pré-natal e as cadernetas de saúde da criança foram fotografados para melhor fidedignidade na coleta dos dados. Ressalta-se que os dados coletados dos prontuários das ESF foram registrados nas fichas de observação do diário de campo. O intuito da coleta de dados dos documentos foi para confirmação de questionamentos e definições de patologias referidas pelas mães, que causaram dúvidas nas orientações prestadas, a fim de compreender as práticas de cuidado e a cultura local.

Ao todo, foram analisados 28 prontuários, sendo 13 maternos e 15 das crianças. Desses registros, foram captadas informações sobre o pré-natal e o parto – visando à identificação da IG e à causa da prematuridade –, e sobre a primeira consulta da puérpera a respeito da interação e amamentação do prematuro tardio. Nos prontuários das crianças foram observados o número de consultas realizadas



durante os seis meses de acompanhamento, bem como as práticas de cuidados registradas nos prontuários.

Foram fotografadas e analisadas as 13 carteiras de pré-natal, criando subsídios para identificação da IG do prematuro tardio e a possível causa do parto prematuro. As 15 carteiras das crianças foram fotografadas nas entrevistas ocorridas longo dos seis meses, sendo possível acompanhar o desenvolvimento das crianças de acordo com os registros das práticas de cuidado profissional.

Nas fichas de acompanhamento do Programa Prá-Nenê, foi possível acompanhar apenas três crianças, no intuito de busca e reconhecimento dos prematuros tardios devido ao fluxo de encaminhamento das fichas para a prefeitura e posterior retorno.

A coleta de dados iniciou após a aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (CEP-PMPA), sob o número 001.039956.113 (ANEXO C), ocorrendo no período entre outubro de 2011 e dezembro de 2012, totalizando um ano e dois meses de coleta de dados.

#### **4.4 Análise dos dados**

Os dados coletados foram analisados segundo a perspectiva de análise temática de padrões, proposta de Leininger (2006) e adaptada por Douglas et al. (2010), a qual se baseia na análise de diferentes temas e padrões de vida ou comportamentos cognitivos identificáveis.

A análise dos dados, na perspectiva etnográfica, é iniciada juntamente com a coleta dos dados, visando a um melhor conhecimento do tema proposto e permitindo uma coleta mais apurada dos dados, possibilitando ao pesquisador que tome decisões sobre os caminhos de coleta mais promissores, os quais merecem uma maior atenção (DOUGLAS et al., 2010). Douglas et al. (2010) ressaltam ainda que passar longos períodos no ambiente de pesquisa permite ao pesquisador continuar a validar pensamentos iniciais sobre possíveis significados e padrões de informações com outras observações e perguntas.

Visando a aumentar a confiabilidade e o rigor do estudo etnográfico, Douglas et al. (2010) sugerem que sejam adotadas algumas estratégias de triangulação dos dados, as quais foram seguidas neste estudo. Essas estratégias envolveram: (1) transcrição fiel das entrevistas de palavra a palavra de todas as falas e

questionamentos das pesquisadoras, sendo entregue aos informantes para que leiam e validem a transcrição; (2) manutenção das notas detalhadas de observações e diários das decisões tomadas durante a coleta de dados e análise permitindo que outros pesquisadores possam repetir a pesquisa; e (3) utilização de *software* para codificação e triagem dos dados. Os autores salientam ainda que, na etnografia, a observação, a entrevista e a revisão de documentos pertinentes já podem ser consideradas uma triangulação natural.

No processo de interpretação dos dados, emergem os temas e os padrões culturais, seguindo a metodologia proposta por Leininger (2006) e adaptada por Douglas et al. (2010). Nessa abordagem, propõem-se quatro fases: (1) coleta, descrição e documentação de dados brutos, uso de diário de campo e digitalização dos documentos; (2) identificação e categorização de descritores e componentes; (3) padrões e análise contextual; e (4) grandes temas, formulações teóricas e recomendações.

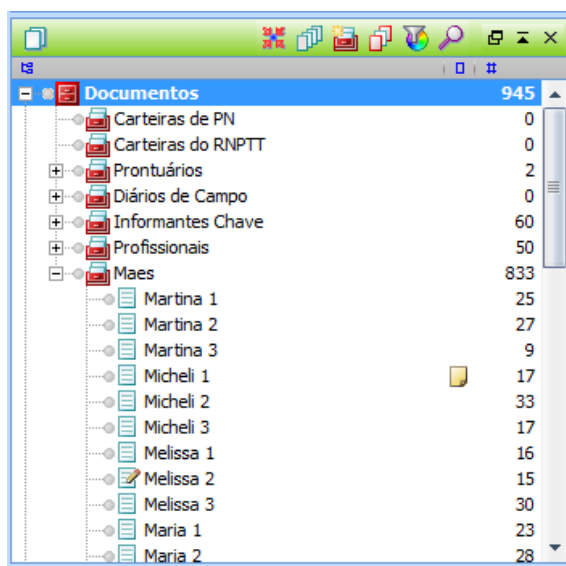
Na primeira fase, foram coletados os dados através de observação, entrevista e consulta a documentos. As entrevistas foram transcritas, e todos os documentos foram digitalizados, gerando 172 arquivos, com uma média de 12 páginas cada. Nessa etapa, devido ao grande volume de dados coletados, seguiu-se a orientação de Douglas et al. (2010) que sugerem que se utilize um *software* para reduzir os erros humanos e auxiliar na padronização inicial do material coletado, gerando uma economia de tempo.

Nesta pesquisa, utilizou-se o auxílio do *software* MaxQda versão 11, o que permitiu o desenvolvimento de categorias e temas, promovendo uma análise mais aprofundada e crítica em menor tempo, com menor perda de informações. O *software* permite ao pesquisador categorizar os documentos em temas previamente estabelecidos, com flexibilidade de alterações e consultas rápidas de dados já cadastrados; possibilita também verificar a densidade de material analisado por documento, aumentando o rigor metodológico.

Os dados coletados em forma de entrevista foram transcritos em arquivo de texto digital, as fotos foram mantidas em seu formato original, a observação foi descrita em texto digital e os prontuários também foram descritos em formato de texto digital. Após a digitalização dos dados coletados que deram origem a arquivos individuais e estes foram adicionados no *software*, permitindo a leitura e análise (Figura 2). Ao longo desta análise, primeiramente foi realizada a categorização dos

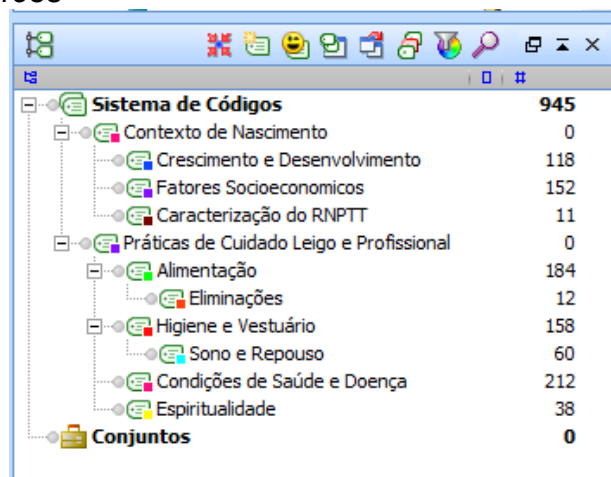
dados por descritores e após a reorganização e o agrupamento destes descritores em padrões (Figura 3). Com a visualização dos padrões foi possível estabelecer os temas que emergiram desta análise. O *software* permitiu uma avaliação da densidade de dados analisados por arquivo (Figura 4), uma busca por palavras chave, quando necessário uma busca mais refinada baseada na vivência da coleta da autora, interligação de descritores, seleção e organização dos dados transformando aproximadamente as duas mil páginas de material de análise em mil páginas de falas selecionadas e organizadas para a confecção desta tese.

**Figura 2** - Tela do *software* MaxQda demonstrando os documentos incluídos na pesquisa



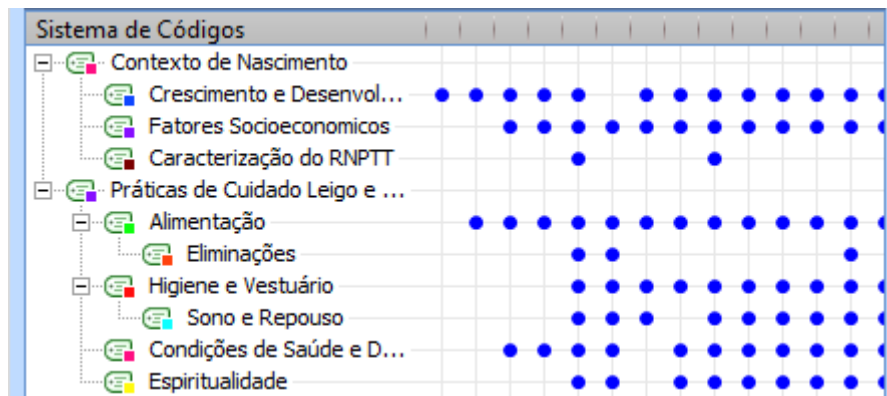
Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013.

**Figura 3** - Tela do *software* MaxQda demonstrando Formulação dos temas incluindo os descritores e padrões



Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013.

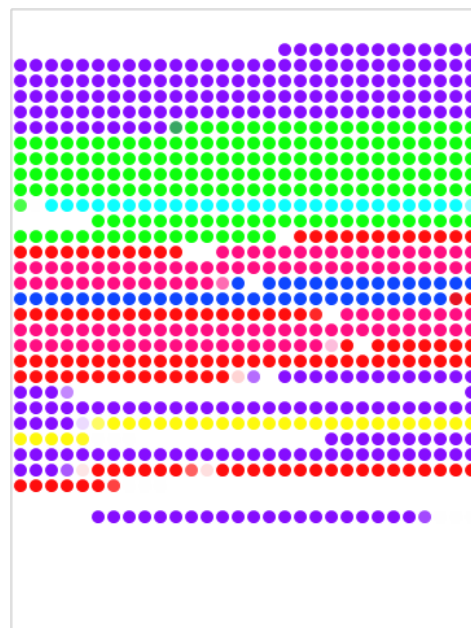
**Figura 4** - Tela do *software* MaxQda demonstrando a densidade da análise dos descritores por entrevista



Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013.

Outra forma de avaliação das entrevistas pode ser realizada por um retrato visual do documento a qual demonstra por cores os descritores selecionados, bem como a densidade das falas que foram avaliadas. Observa-se na Figura 5 que neste documento foram codificados nove tipos de descritores e no final do documento não existe codificação das falas.

**Figura 5** - Tela do *software* MaxQda com um retrato visual do documento por códigos de análise



Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013.

A segunda fase da análise refere-se à identificação e à categorização dos dados em descritores e componentes, sendo uma etapa inicial para categorização dos dados no programa. Esse momento se dá com o início da análise ainda no período de coleta de dados, finalizando apenas após a conclusão da coleta. Nesse período identificaram-se os descritores culturais de cuidado, sendo já fragmentados em cuidado leigo e profissional.

A elaboração de padrões e a análise contextual representam a terceira fase. Nesse momento, os descritores culturais previamente elaborados são analisados em seu contexto e agrupados de modo a formar os padrões.

A quarta e última etapa corresponde à formulação de grandes temas, teorias e recomendações. Nessa fase foram identificados os temas e os subtemas, sendo discutidas teorias e recomendações em cada um deles. Ressalta-se que as recomendações estão discutidas também no capítulo final da tese.

Dessa forma, após a análise, emergiram os dois grandes temas: o contexto de nascimento do prematuro tardio e o cuidado leigo e profissional ao prematuro tardio.

#### **4.5 Considerações éticas**

As diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitadas, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/1996, adotando-se os referenciais básicos da bioética, tais como a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça (BRASIL, 1996).

O projeto foi aprovado primeiramente na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da UFRGS (ANEXO C) e, após, encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (CEP-PMPA) para o início da coleta de dados (ANEXO A). Devido à necessidade de inclusão de novos campos para pesquisa foi encaminhado um termo aditivo solicitando a inclusão, o qual também foi aprovado (ANEXO B).

Aos participantes da pesquisa foram lidos e explicados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, os quais, entre outras premissas, garantem esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa; informam sobre a liberdade dos informantes em se recusarem a participar ou retirar seu consentimento, em

qualquer fase, sem penalização alguma e sem prejuízo; e garantem confidencialidade que assegure a privacidade dos informantes quanto aos dados envolvidos na pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em meio digital e serão arquivadas por cinco anos a partir do encerramento do estudo, sendo então destruídas após esse período, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/1996.

## 5 O CONTEXTO DA PREMATURIDADE TARDIA

A prematuridade tardia implica uma série de particularidades em relação à fisiologia do recém-nascido, bem como a abordagem de cuidados a serem prestados a essa população. Para tanto, se faz necessário descrever o contexto onde tais crianças nasceram e foram cuidadas, além das condições socioculturais envolvidas. Isso permitirá criar subsídios para uma discussão acerca dos fatores culturais que envolvem o cuidado leigo e profissional a esses prematuros tardios.

Nessa perspectiva, salientam-se três principais padrões a serem abordados neste capítulo: (1) a invisibilidade do prematuro tardio; (2) o crescimento e o desenvolvimento do prematuro tardio; e (3) os fatores socioeconômicos que envolvem o contexto de moradia. Tais padrões e temas muitas vezes se sobrepõem, no entanto os resultados encontrados foram dimensionados no ponto de maior predominância temática. A seguir, descrevem-se, na Figura 6, o tema, os padrões e a categorização dos descritores que foram utilizados para construção deste capítulo.

**Figura 6** - O contexto da prematuridade tardia, padrões e categorização dos descritores

TEMA	O Contexto da Prematuridade Tardia		
PADRÕES	A Invisibilidade do Prematuro Tardio	Crescimento e Desenvolvimento do Prematuro Tardio	Fatores Socioeconômicos do contexto de moradia
CATEGORIZAÇÃO DE DESCRITORES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dificuldade de determinação da IG</li> <li>- orientações de cuidado pelos profissionais iguais aos RN a termo</li> <li>- condutas maternas como se fossem RN a termo</li> <li>- práticas de cuidado em relação ao peso e não a IG</li> <li>- existem morbidades do prematuro tardio</li> <li>- dificuldade de entendimento da linguagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliação o desenvolvimento pelo peso</li> <li>- não é corrigida a IG para avaliação do desenvolvimento</li> <li>- ocorre a avaliação nas consultas, mas não as orientações</li> <li>- falta de registros nas carteiras sobre o desenvolvimento</li> <li>- desenvolvimento nem sempre compatível com a idade</li> <li>- tipos de estimulação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- identificação da IG</li> <li>- ocupação materna</li> <li>- acesso a creches</li> <li>- acesso aos serviços de saúde</li> <li>- contexto local de pobreza e violência</li> <li>- mobilidade materna e profissional</li> <li>- influência familiar no cuidado</li> </ul>

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013.

## 5.1 A invisibilidade do prematuro tardio

Ao analisar o material coletado, foi observada uma dificuldade na precisão da IG dos RNs. Salienta-se que a determinação dessa idade é um ponto crucial para avaliar o grau de prematuridade e os cuidados que deverão ser orientados e prestados ao neonato (RUGOLO, 2011).

Nos casos estudados, no que diz respeito à determinação da IG, foram encontradas diferenças significativas de até uma semana, comparando a IG pela ecografia com a data da última menstruação (DUM) e com o exame físico do RN. Nas carteiras de pré-natal das mães estudadas, pode ser observada pouca importância dada a IG, pois as idades gestacionais não condiziam com a DUM e com a ecografia, e muitas vezes se tornavam confusas, datas desconhecidas ao longo das consultas realizadas.

Em relação à determinação da IG do prematuro tardio na carteira da criança, a situação de discordância não foi diferente – algumas estavam estimadas pela DUM, outras por ecografia, outras pelo exame físico do recém-nascido (método de Capurro), algumas não especificavam a forma de determinação e uma não possuía registro algum. Nas 13 carteiras maternas e nas 15 carteiras das crianças avaliadas, quando comparadas as idades fornecidas pelas carteiras da gestante (DUM e ecografia) com as carteiras da criança, houve uma diferença de uma semana de IG em quatro delas, e duas semanas de diferença para outra, o que retrata uma avaliação precária e não valorizada do profissional. O caso mais expressivo foi encontrado na carteira de uma das duplas de gêmeares, tendo a diferença maior que uma semana entre as idades gestacionais, sendo um registro de 34 semanas e dois dias e o outro registro de 35 semanas e cinco dias.

Neste estudo a IG foi estipulada mediante a comparação da ecografia precoce com a DUM e confirmada pelo Capurro quando existente na carteira de pré-natal e da criança. Entretanto, estes parâmetros nem sempre estavam disponíveis sendo necessário estipular a IG primeiramente pela ecografia precoce, em segundo lugar pela DUM e para confirmação ou nos casos da inexistência de um dos parâmetros anteriores utilizou-se o exame físico do recém-nascido (Capurro) descrito na carteira do RN para o estabelecimento da IG.

A indefinição da IG é um dos aspectos que corrobora com a invisibilidade dos profissionais da saúde em relação à avaliação de prematuridade. O início da coleta



de dados já começava a indicar essa invisibilidade, pois as profissionais referiam que naquelas unidades há muitos anos não nasciam prematuros com essa IG específica, mas que faziam o possível para ajudar. Com o desenvolvimento da coleta de dados, esses RNs foram sendo identificados perante a comunicação de nascimento pelas mães ou pelos agentes comunitários e após realizava-se a confirmação da IG pelos dados obstétricos e neonatais obtidos nas carteiras de pré-natal e caderneta da criança, entretanto, o cuidado prestado a estes prematuros eram os mesmos prestados a um RN a termo, visto que tinham peso compatível aos RN a termo.

A maioria dos profissionais referiu que não existia diferença na orientação dos prematuros tardios em relação aos recém-nascidos a termo, quando questionados sobre quais eram as orientações prestadas aos pais dos prematuros tardios. Apenas uma informante afirmou que a orientação dependeria das condições econômicas desses RNs e não da prematuridade:

Olha, geralmente uns que precisam de mais atenção às vezes pela condição socioeconômica, isso sim, daí, a gente observa que já tem uma maior dificuldade. [Plácida]

Dessa forma, independentemente da idade descrita na carteira do pré-natal ou do recém-nascido, há uma não especificidade do cuidado a ser prestado aos prematuros tardios, sendo avaliado apenas o crescimento e o desenvolvimento em relação ao peso, sem a utilização da idade corrigida. Uma das profissionais destaca que deveria ser utilizada a idade corrigida, entretanto a própria profissional não realiza essa correção para as orientações e as avaliações dos recém-nascidos prematuros.

As carteirinhas do posto de saúde eles não colocam a idade corrigida do bebê, daí diz que o bebê tem dois meses, mas na verdade tem um mês, então a mãe tem que ser orientada. [...] Por ser prematuro não, porque qualquer coisa que tenha, eu ia dizer para trazer para eu olhar. [Pierina]

Salienta-se que essa invisibilidade independe da nota de alta do recém-nascido, visto que, dos 15 prematuros estudados, 10 necessitaram de internação no nascimento devido a um ou mais fatores descritos a seguir: taquipneia transitória do recém-nascido, anemia, icterícia, baixo peso e tratamento de sífilis congênita.

Os prematuros do estudo totalizaram 94 dias de internação, que variaram entre três e 18 dias por recém-nascido internado.

A prematuridade desses recém-nascidos se deu por causas maternas, como pré-eclâmpsia, ruptura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, gemelaridade, infecção do trato urinário, descolamento de placenta, oligodrâmnio e sífilis, sendo esses motivos associados em diversos casos, com exceção do descolamento de placenta, que ocorreu em um caso isolado. Nas entrevistas realizadas com as mães, observou-se uma falta de resolutividade dos profissionais de saúde, frente a problemas identificados já na gestação, que poderiam ter evitado a ocorrência da prematuridade.

Eu tinha pressão alta, quando eu ia nas consultas, mas ele sempre dizia que era normal, que eu estava agitada. Mas sempre foi assim, alta. E eu nunca imaginava que eu ia ter pré-eclâmpsia. Aí nas 30 semanas que começou a doideira, e aí eles começaram a ver que eu passei mal. Eu inchei demais nas últimas semanas, e aí eu comecei a cair das escadas. Eu caía, eu ia descer e ficava sem forças nas pernas e caía. Eu caía. Eu caí várias vezes no ônibus, quando eu ia consultar. Eu não aguentava, eu não conseguia me segurar, não tinha forças. E aí eu ia para o doutor, e o doutor dizia que era normal da gestação. Não é normal! [Melissa]

Da mesma forma que as profissionais não conseguiram identificar complicações da gestação que poderiam ter sido resolvidas ou amenizadas, observou-se uma dificuldade nas orientações de cuidado do prematuro tardio. As mães referiram desconhecer diferenças no cuidado e no crescimento de prematuros tardios, não tendo recebido orientações sobre essas necessidades.

Diante desse fato, foi questionado aos profissionais por que essas mães negavam a prematuridade de seus filhos se isso estava descrito na carteira do recém-nascido, na nota de alta e em muitas falas das próprias mães, que diziam que o filho havia nascido “antes do tempo”. As profissionais de saúde relataram que as mães não compreendem os termos científicos utilizados por eles. Salientaram que na carteira da gestante é registrada a IG em semanas e não em meses, como é o entendimento popular sobre a gestação. Referiam ainda que as mães veem o prematuro como um RN frágil, que pode estar mais suscetível a doenças e reinternações. Estas mães associam, ainda, a prematuridade à malformações e a um déficit no desenvolvimento neuropsicomotor, preferindo então relacionar o nascimento ao tamanho e ao peso, negando a IG.

Corroborando desta interpretação dos profissionais, uma mãe relatou seu temor em ter uma filha prematura e confirmou não ter recebido orientações sobre o cuidado específico, como segue:

Sei lá, porque se me dissessem que ela era prematura no hospital eu ia ficar preocupada e eu ia vir preocupada para casa. Mas não, a única coisa foi que nasceu com amarelão também [referiu-se ao outro filho que havia nascido com icterícia], mas eu não me preocupei, porque eu tratei ele em casa e ele nasceu pior que ela, com olho bem amarelado e mesmo assim ele veio para casa. Quando me disseram que ela estava com amarelão, eu não me preocupei, mas se me dissessem que ela era prematura, eu ia me preocupar, mesmo sabendo que ela estava com a respiração boa e peso bom. [Mirela]

Neste caso, a mãe temia ter um RN prematuro, pois esse fato seria grave e traria risco de vida, sendo a prematuridade considerada como uma doença grave. Tal fato reforça a negação das mães quanto ao nascimento prematuro de seus filhos, bem como o cuidado específico que deveria ser prestado a eles.

As mães também indicaram um desconhecimento da classificação do RN como prematuro, através do registro da IG na carteira da criança, como segue na fala da informante:

[...] é porque na carteirinha não tá escrito assim PREMATURO, só está escrito com quantos meses nasceu, quantas semana nasceu, vai da pessoa pegar e saber se aquilo é bom ou não. Mas geralmente quando nasce prematuro vai pra UTI neonatal e lá os médicos assim explicam. Quando o meu [filho] nasceu, ficou lá. Faltava uma semana ainda, não tinha fechado nove meses ainda, fui com oito, aí o médico falou: “Ó, ele é prematuro, ainda falta uma semana pra ele estar na tua barriga ainda”. Até antes mesmo todo mundo ia me examinar, e a médica mesmo dizia: “Ó, ele vai nascer prematuro, se ele ficar uns dias no hospital tu não fica preocupada que vai dar tudo certo, vai se criar fora da barriga”. Então eles falam! Depende do médico. [Melissa]

Pode-se salientar alguns pontos da fala anterior, como o desconhecimento do significado da palavra prematuro em sua conversão em semanas e meses, e também a comparação da prematuridade com a necessidade de internação. A prematuridade, para esta mãe, foi associada à internação na UTIN, entretanto as necessidades de cuidado específicas do prematuro tardio não se restringem apenas ao motivo da internação – visto que esta nem sempre é necessária –, e sim a uma gama de necessidades fisiológicas decorrentes da imaturidade desse RN. As necessidades de adaptação ao meio extrauterino associadas a nutrição, manutenção da temperatura corporal, imaturidade de absorção de nutrientes e eliminações, entre outras, não foram destacadas como relevantes nas orientações de puericultura, acarretando condutas inadequadas que poderiam ter sido evitadas.

Associado ao desconhecimento das cuidadoras leigas em relação ao significado da prematuridade observou-se no depoimento a seguir a falta de orientações dos profissionais da saúde para com as mães, visto que esta informante

leiga ficou sem receber informações de seu filho por mais de doze horas e após estas informações também não foram resolutivas e orientadas para os cuidados com a prematuridade como segue:

Vi só na hora que ele nasceu mesmo, porque ele passou a noite inteira lá com eles, e eu não vi. Só vi no dia seguinte, que as médicas vieram falar comigo. Eu perguntava toda hora onde é que ele tava, e ninguém me respondia. E eu via um nenê gritando e chorando, e eu não sabia se era ele. E eu tava preocupada. Daí no dia seguinte eu perguntei e daí a médica veio e disse: “Teu nenê vai ficar lá na Neo, ele não está tanto, mas está com um pouquinho de dificuldade para respirar”. Daí, depois, quando eu fui lá, perguntei quanto tempo ele ia ficar ali, e elas me disseram que não sabiam quanto tempo. [Micheli]

A invisibilidade da díade mãe-RN para as profissionais foram evidenciados nas falas e no contexto geral de cuidado até o sexto mês de acompanhamento pós-alta hospitalar, o que gera uma reflexão sobre as práticas de cuidado dos profissionais da saúde.

O acolhimento dos prematuros tardios na comunidade está sendo um ponto crucial no cuidado profissional prestado. Existe a necessidade de reavaliação da forma como está se cuidando dessa criança desde sua gestação, no seu nascimento e em seu acompanhamento de crescimento e desenvolvimento. Há aspectos do seu cuidado a serem considerados como causas de internação e acompanhamento após a alta hospitalar. Também se deve repensar a linguagem utilizada pelos profissionais para os cuidadores leigos, respeitando sua cultura e suas necessidades.

Desta forma, salienta-se que existe uma invisibilidade do prematuro tardio ao não ser identificado pelos profissionais da saúde os quais não o caracterizam como sujeitos de cuidado especial, e de igual forma no ambiente familiar, pois as mães também não reconhecem seus filhos como prematuros.

## **5.2 Crescimento e desenvolvimento do prematuro tardio**

A invisibilidade do prematuro está posta nas falas e nas observações em campo. Entretanto, para analisar o cuidado prestado a essas crianças na comunidade, faz-se necessário salientar alguns pontos sobre como esse prematuro está sendo avaliado e estimulado em relação ao seu crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, visto que o prematuro tardio requer uma maior estimulação sensorial, devido à sua imaturidade neurológica, bem como a correção da IG para os parâmetros de desenvolvimento (MCGRATH, 2007).

A imaturidade fisiológica dos prematuros esteve presente nos depoimentos das mães estudadas, porém a dificuldade de compreensão e análise do que as profissionais falam se retrata na fala a seguir:

Não, na Neo não, só avisaram que ele ia nascer antes, antes de nascer. Depois que nasceu ninguém me falou nada. Só me disseram que ele é muito quietinho, que os outros nenês choravam pra mamar e que ele não, ele tem que acordar pra mamar, senão ele dorme direto. Aí as enfermeiras me explicavam que era porque ele nasceu antes, e daí demora um pouquinho mais pra ele aprender mais que os outros, que ele era o menorzinho de todos também. [Márcia]

Há uma dificuldade de entendimento das mães sobre as orientações associadas à imaturidade fisiológica dos recém-nascidos, pois as explicações são dadas no nascimento ou na internação do RN na UTIN. Esse é um momento de difícil entendimento por parte da mãe, pois muitas vezes a mãe neste momento vivencia um misto de sentimentos próprios do puerpério.

Um aspecto importante do cuidado dos prematuros tardios, tanto para os cuidadores leigos, quanto para as profissionais, é o peso. As profissionais avaliam o RN e relatam um cuidado diferenciado para os RNs de baixo peso, sem estabelecer uma relação com a IG. As mães, por sua vez, referem que seus filhos estão crescendo e bem, pois já são maiores do que o filho da vizinha que nasceu a termo. Esses pontos de vista são difundidos na comunidade, sendo o ganho de peso um fator preditivo de crescimento e desenvolvimento adequados construídos culturalmente.

Quando questionado às mães o que era dito na consulta em relação ao crescimento e ao desenvolvimento, elas comentaram:

Falaram que tá crescendo bastante, o tamanho dela, a altura, tudo direitinho. [Marieta]

De brincadeiras e coisas para fazer com ele nada. Só que estava crescendo bem, na curvinha dele. [Maria]

Juntamente com o peso, indicam a questão do comprimento, chegando até a se contradizer em relação à sua percepção sobre o tamanho:

Bem pequenininha [...] Ela nasceu de 36 semanas, mas ela era um pouquinho maior que um bebê de nove meses que tinha lá do Clínicas. Ela nasceu com 47 cm, só que ela nasceu com o peso de 2.560, ela era miudinha. Assim, tu olhava pra ela, tu pegava e cabia na palma da mão do meu sogro, que tem um maozão, mas ela era bem comprida, não era assim miudinha, ela era bem compridinha, as gurias lá: ah o teu neném é compridinha, maior que o meu de nove meses. [Martina]

As cuidadoras leigas salientam a observação das medidas antropométricas do RN como um parâmetro associado ao peso e desenvolvimento, entretanto, as profissionais da saúde também não estimulam nem orientam as necessidades de cuidados específicos que auxiliem no desenvolvimento destes prematuros desassociados ao peso.

O tamanho e peso do RN prematuro estão instituídos culturalmente na comunidade como um marco de desenvolvimento. Associado a este marco tem-se opiniões maternas de que este RN é considerado pequeno, frágil e feio sendo mantido em suas casas até atingirem um tamanho considerado aceitável pela comunidade e uma observação de uma profissional que refere uma maior visibilidade e reconhecimento materno na sociedade caso possuíssem um filho prematuro tornando-se assim esta condição especial e relevante como segue no relato:

[...] mas eu acho que não. Acho que é bem tranquilo, quando nasce prematuro elas dizem “meu nenezinho é prematuro, tá forte, tá bem”. Eu acho que elas até, assim, ela vai ser rodeado de atenção por ser prematuro, por ter nascido antes. Às vezes elas até acham que é um milagre de ele ter conseguido sobreviver. E, pra elas, ter nascido de sete meses tá bem, dependendo do entendimento dessa mãe. Tu entende? Principalmente se ela teve outros filhos. [Pérola]

Essa fala anterior retrata também a dificuldade de entendimento da linguagem dos profissionais para as mães, visto que, se elas considerariam importante ter um prematuro como fator de destaque na sociedade, o fato de negarem o conhecimento do nascimento prematuro de seus filhos leva a crer que a informação de fato não foi evidenciada. Ou então, devido ao fato de o RN ter ido para casa “forte e bem”, o profissional não valoriza essa prematuridade em relação às orientações necessárias a respeito do desenvolvimento da criança.

Nas entrevistas dos profissionais de saúde o desenvolvimento neuropsicomotor não era referido como um ponto a ser orientado às mães reforçando a desvalorização da prematuridade para estas crianças. Contudo, uma das entrevistadas apontou que não havia observado nenhuma dificuldade nas crianças em estudo.

Todos eles eu já atendi, são crianças saudáveis, não me lembro de nenhum que tenha apresentado um quadro de outro tipo de dificuldades no desenvolvimento, tanto neurológico, psicomotor, se adaptaram bem. A interação da mãe e do bebê, boa relação. Não vi dificuldade nenhuma com o cuidado. Eram zelosas, não vi nada que pudesse prejudicar eles. [Plácida]

A avaliação desses prematuros tardios é realizada nas consultas, porém não existe uma ênfase nas orientações referidas às mães quanto ao que deve ser observado em relação ao seu desenvolvimento e quais estímulos devem ser realizados para tanto.

As mães, quando referiam-se sobre o que as profissionais faziam durante as consultas, indicam que pesavam, mediam, verificavam as vacinas, viravam os RNs de bruços, observavam tônus muscular, o desenvolvimento neuropsicomotor e faziam ausculta. Nas falas maternas, é de fato observada a avaliação das crianças, entretanto nenhum relato de orientação ao desenvolvimento foi encontrado, mesmo quando questionado sobre a temática, conforme na fala:

Chegaram a testar, sim, mas que estavam muito bem, tanto a enfermeira quanto a doutora disseram que eles estão bem se movimentando direitinho, dentro da faixa etária deles, na idade necessária. Como bebê que nasceu no tempo, elas falaram que eles tão dentro do normal. Até agora não acharam nenhuma dificuldade. [Monique]

Outro ponto relevante é que as mães consideram o desenvolvimento relacionado ao tamanho e ao peso, e não à imaturidade fisiológica:

Às vezes a gente coloca ele de bruços na cama para fazer ele levantar a cabeça, e ele chora, chora. Dá até pena para não levantar a cabeça. Daí a gente desiste, mas os primeiros meses, quando a gente trouxe ele pra casa, nos primeiros dias, ele fez, ele levantava a cabecinha assim, de bruços na cama. Agora não sei se ele ficou mais pesado. Agora ele está ficando um gordinho preguiçoso. [Marcela – três meses]

Analisando as falas das mães e das profissionais da saúde, bem como as carteiras das crianças, existe uma falta de orientação e registro quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor. Das 15 carteiras da criança, apenas duas possuíam o registro do instrumento de vigilância do desenvolvimento de crianças de zero a 12 meses, que deve ser preenchida pelas profissionais da saúde. Todavia, esse preenchimento foi realizado por apenas uma cuidadora, leiga mãe de duas crianças, neste caso gemelares, não tendo recebido orientação correta para o preenchimento, muito menos sobre a idade corrigida.

Levando em consideração a IG das crianças em estudo – de 34 semanas e três dias a 36 semanas e seis dias, segundo a ecografia confirmada pela DUM –, e corrigindo-se a idade, aos seis meses todas deveriam poder realizar as seguintes atividades, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011): busca ativa de objetos, levar os objetos à boca, localizar sons e mudar de posição ativamente (rolando). Ao

questionar as mães sobre essas atividades na entrevista de seis meses após a alta hospitalar, todos as crianças localizavam sons e levavam objetos à boca, no entanto a busca ativa de objetos e a mudança de posição ativa não foram observadas em oito das 15 crianças.

Sobre as atividades direcionadas ao crescimento e ao desenvolvimento das crianças realizadas pelos cuidadores leigos, algumas referiram ter experiência de cuidar de outras crianças da família, outras nos empregos, tanto como empregada doméstica como em escola de educação infantil. Apenas três mães foram buscar seus conhecimentos em revistas ou outros meios audiovisuais. Um fator importante observado sobre a estimulação dessas crianças era o fato de terem irmãos mais velhos que estimulavam informalmente os prematuros tardios, como refere uma mãe:

Não, não me ensinaram, mas eu sei que com um mês, assim, dá para fazer aquelas massagenzinhas, até tem naquele “boas vindas” da “mamãe e bebê” que eu ganhei, e aí a partir de um mês já dá pra fazer as massagenzinhas. Aí mostra direitinho como tem que fazer, passo a passo, né. Eu não testei ainda fazer, vou esperar ele ficar com dois mesinho, que ele tá mais firmezinho pra fazer. [Melissa – um mês]

As brincadeiras referidas e oferecidas por mães e familiares a essas crianças eram cânticos infantis, ursos de pelúcia, chocalhos e filmes na televisão.

Um ponto importante a ser destacado é a falta de credibilidade em relação ao cuidado que as profissionais estão tendo frente aos cuidadores leigos nas suas consultas de puericultura. Destaca-se a valorização da cultura familiar e predominância deste cuidado como ponto de apoio das mães no cuidado aos seus filhos, observado na fala a seguir:

É que na verdade o que a maioria das mães fazem é o que elas aprenderam com a mãe, com a vó, não é o que o posto diz. Na verdade, tem algumas coisas que elas comentam que fazem com o posto, por exemplo, se fica doente, tem que tomar remédio. Mas fora isto assim, elas buscam fora do posto, com os familiares. [Marcela]

Cabe destacar também, que o cuidado profissional ainda está muito centrado nos aspectos fisiopatológicos e pouco têm se explorado as questões psicossociais fundamentais para o desenvolvimento saudável da criança.

A avaliação do crescimento e do desenvolvimento dessas crianças foi realizada pelos profissionais, entretanto salienta-se a falta de correção da IG, o



preenchimento precário das carteiras das crianças, bem como as orientações superficiais em relação ao cuidado a ser prestado nos domicílios.

### **5.3 Fatores socioeconômicos do contexto de moradia**

Um dos fatores que permeiam a vulnerabilidade social caracteriza-se pela baixa adesão ao pré-natal. Essa questão de falta de pré-natal foi associada à baixa idade materna, próxima à adolescência, e às condições de acesso às unidades de ESF. Algumas mães referiram dificuldade na marcação de consultas, outras admitiram que realizavam as consultas mínimas nas unidades de ESF para terem direito a ganhar seus filhos em hospitais públicos e não necessariamente realizaram consultas em unidades privadas associadas.

Uma informação fornecida pelas mães para a omissão da IG foi a troca de parceiros e a necessidade de adequação da IG para o tempo de relação com o parceiro, o que legitimaria a paternidade da criança.

Assim, perante a maternidade, existem diferentes perspectivas pessoais a serem observadas pelas mães. Um ponto importante é que, ao assumirem uma relação com um parceiro, as mulheres idealizam a possibilidade de adquirir maior autonomia e valorização pessoal. Assumem um *status* diferente na hierarquia familiar, dividindo com o parceiro as responsabilidades de uma nova família. Nesse contexto, ainda que a infidelidade esteja presente para muitas mulheres, vê-se uma maior necessidade de manter a condição de família junto ao provedor das condições materiais, em vez de expor os verdadeiros fatos (SOUZAS; ALVARENGA, 2001).

Analisando as condições de vulnerabilidade dessas mulheres, uma característica marcante do grupo foi o fato de pararem de trabalhar no período perinatal. Das 13 mães participantes da pesquisa, quatro possuíam emprego com carteira assinada, sendo que apenas uma retornou ao trabalho no final da licença-maternidade; as outras três solicitaram desligamento de suas empresas. Das outras nove mães, três haviam saído do emprego, duas saíram do emprego e interromperam a faculdade, duas haviam sido demitidas mesmo já estando grávidas, uma não havia sido efetivada ao final de um período de contrato, e uma havia descontinuado o ensino médio. Uma das mães que trabalhava e havia trancado a faculdade após a gestação acabou transferindo seu emprego de uma escola de educação infantil para o domicílio, continuando sua atividade docente com crianças.

Dessa forma, observou-se que, das 13 mães, apenas quatro trabalharam durante mais da metade da gestação e, após os seis meses de vida das crianças, apenas seis delas voltaram a trabalhar, ficando as outras sete sem renda própria. As atividades desenvolvidas por essas mães foram: uma estagiária, uma estudante, seis auxiliares de serviços gerais, uma empregada doméstica, uma empacotadora, uma vendedora, uma atendente de padaria, uma educadora infantil e uma atendente de telemarketing.

As mães referem que desejam parar de trabalhar devido ao pequeno tamanho de seus filhos, porém, ao mesmo tempo, salientam que não há diferença no cuidado de seus filhos em relação a um recém-nascido a termo, novamente destacando a invisibilidade do recém-nascido prematuro perante o cuidado específico. Ainda, complementam seus relatos, indicando que só pararam de trabalhar por não conseguirem vagas em creches devido à dificuldade de acesso, associada também à fragilidade e à suscetibilidade das crianças em relação ao seu tamanho. Salientam que possuem um companheiro para auxiliá-las na renda domiciliar, como a seguir:

Eu acho que a maioria para de trabalhar porque não consegue creche pra eles. Eu que tomo conta, né, pra poder ficar com ele, mesmo porque quando ele tiver com um aninho vai estar mais forte também, né. Quando é novinho, fica naquela insegurança. [Marcela]

As mães e as profissionais relataram a dificuldade do acesso a creches e cuidadores, mas que não seria empecilho para não trabalharem, pois com organização prévia seria possível conseguir essas vagas. Entretanto, na cultura local as mães preferem parar de trabalhar por já não terem empregos tão satisfatórios e possuírem parceiros para manterem as despesas familiares.

Acho que é questão cultural também, tem a cultura de não trabalhar, porque muito poucos trabalham... E creche, claro, tem mais dificuldade de creche, mas tem. [...] creche ou uma cuidadora, tem cuidadora, mas tem marido também [Marcela]

A profissional conseguiu reunir em sua fala muitos sentimentos e motivos pelos quais as mães referiram parar de trabalhar, demonstrando a interação e o conhecimento dos profissionais em relação à população trabalhada, conseguindo ter subsídios para orientar as famílias em relação ao cuidado de suas crianças, como segue:

É uma dificuldade que elas têm. Não tem com quem deixar a criança, a creche é limitada né? Tem creche que não aceita a criança antes dos seis

meses. De zero a seis meses não tem como. E creche particular é muito cara, ou trabalha muito longe e não tem como. E a vizinha que vai cuidar, ou não acha, não tem cuidador. Ou talvez a mãe não se sinta bem em deixar seu filho naquela casa que já tem mais cinco ou seis. Talvez ela acha que não vai ter atenção, é um bebê. Talvez isso. E aí realmente elas param de trabalhar pra cuidar das crianças. Outras pode ser o marido que exija que elas fiquem em casa pra cuidar bem do bebê. Esperar o bebê ficar grandinho, que nem tu diz pra falar. E aí sim colocar numa escolinha. Ou o empregador não permite ela de amamentar, ela tem que ter o tempo dela pra amamentar. Ou que ocupa ela o dia todo que elas pegam às sete da manhã e saem de noite. Então se ela é doméstica às vezes os patrões não querem nem saber. Eles querem é que tu produza. Muitas se queixam disso. Muitas dizem isso, ah lá não dá porque não tenho tempo. [Pérola]

O contexto de violência que impera nessa região acarreta insegurança a essas mães, o que também as leva a não confiarem nos cuidadores e em escolas de educação infantil existentes na vizinhança. Para tanto, deixam seus filhos aos cuidados de familiares e, caso não possuam, optam por abdicar de seus empregos em favor de um cuidado melhor e com mais segurança. Assim, reforçam a ideia de que apenas levariam os filhos para as escolas quando já estivessem maiores e com a comunicação oral desenvolvida, como no relato a seguir:

Ah, acontecem, porque eles abusam das crianças nas creches, maltratam. Não tem creche, as mães têm que largar o serviço. No meu caso foi esse. Se ela entende, ela vai deixar eu voltar. Se ela não entende, então eu não volto, daí eu cuido bem do filho, eu acho isso. [Marieta]

Outro fator considerado foi o número de cuidadores por criança nas creches, o que dificultaria a observação e o cuidado de todos, podendo haver algum problema de saúde que os levaria a uma intercorrência maior, como destaca a informante a seguir:

[...] até quando é com alguém que a gente confia muito, tu sabe que o cuidado é mais redobrado com criança pequena né, mamava, arrotava e às vezes se afogava. Então no meu ver o melhor era eu. Se afogava, às vezes ninguém via. Agora não. Então agora, se ele ficar na creche, eu vou tranquila trabalhar. [Marcela]

Salienta-se aqui que não se observou a relação do desemprego materno à prematuridade de seus filhos, mas sim à idade, potenciais problemas de saúde e ao desenvolvimento de cognição motora, mesmo que esses fatores estejam intimamente ligados à prematuridade.

A fonte de auxílio das mães no cuidado a essas crianças vinha de seus familiares, principalmente de pais, avós e tios; vizinhos; madrinhas e amigos. Destes, quem proporcionava maior suporte eram as pessoas que possuíam mais tempo disponível para o cuidado, sendo homem ou mulher:

Eu acho que o papel tanto no caso do avô quanto do pai, eu acho que mudou muito nesses últimos anos. Acho que eles estão muito mais participativos com relação a isso. Até porque muitas vezes não tem a figura feminina. [Pedrina]

Eu não sei se vou colocar ele na creche. E, se eu colocar, vou ter que falar com o meu pai, porque ele quer cuidar dele. [Merilin – seis meses]

Com relação ao avô, a presença da família, acho bem interessante, e acho que tem sim [cuidado pelos homens], até acho que deveria ter nas outras classes sociais, é essa participação mais ativa. Principalmente de pessoas que tenham mais disponibilidade de tempo. Talvez os avôs, que são aposentados, os que têm disponibilidade de tempo de ficar com a criança, que precisa de cuidados. Acho bem bacana que essas pessoas se disponham a fazer isso. Se tu fores pensar, numa coisa mais assim, alguma espécie de pedofilia, eu acho difícil, sabe. Eu acho que por parte dos avôs, acho até que tenha, mas acho difícil. Acho que não é o mais comum. [Pedrina]

Uma característica que marcou muito esse grupo foi a referência de moradia. Das 13 mães envolvidas, apenas quatro já eram moradoras do local; cinco tinham suas residências em outros bairros da capital, entretanto permaneciam maior tempo na casa de suas mães ou sogros, sendo esse o endereço de referência para o vínculo com a unidade de ESF. Três informantes vieram transferidas de postos de bairros próximos; e uma delas foi embora para outro bairro no final do sexto mês de vida da criança.

A mobilidade entre bairros ocorre devido à característica local de tráfico de drogas, violência, roubos e disputas entre gangues. Essa insegurança leva as mães a procurarem locais não tão visados pela violência, porém a criminalidade foi referida e observada durante a coleta de dados:

Hoje não haverá coleta de dados. Duas entrevistas tiveram que ser canceladas e remarçadas devido ao posto estar fechado por disputa entre gangues com tiroteio. Em contato com os profissionais do posto foi referido que os profissionais não são visados, entretanto a bala perdida não escolhe o dono. [Diário de campo, 2011]

Ao me aproximar da unidade de coleta, fui observando uma movimentação intensa de carros da polícia, o clima parecia tenso, mas mesmo assim resolvi ir até a unidade. Aproximando-me mais do local, vejo um ônibus parado, muitas pessoas ao redor e um corpo sendo recolhido pela perícia. Um jovem havia sido baleado dentro do ônibus com três tiros, tendo a polícia relacionado ao tráfico de drogas. Chegando na unidade, comuniquei que reagendaria a coleta, evitando maiores transtornos, pois a polícia procurava os atiradores no local [...]. [Diário de campo, 2012]

A violência gera uma preocupação e a necessidade de procura de outros locais para moradia, conforme a intensificação dos processos criminais, como refere uma informante:

Geralmente assim, quando dá tiroteio, tem criança pequena morando ali. Às vezes por causa do pátio para brincar, que nem é o caso da minha irmã, ela provavelmente vai se mudar dali a qualquer momento. Ela mora num lugar de frente ao acesso, não tem pátio, vai direto para rua. Aquilo ali não é suficiente para ela e para a menina que está crescendo. Então é um dos motivos que aparecem, que nem esse, entendeu? Daí acaba mudando. Às vezes vende a casa por preço de banana para ir se mudando, porque é perigoso. [Marcela]

Ali onde minha mãe mora, onde eu morava, porque implantaram ali uma associação, eles colocaram ali um posto da Brigada, então aliviou mais, não dá mais tanta correria. Até minha mãe falou que antes, no bairro, na hora das crianças irem para o colégio, pela uma hora, o tiroteio pegava, o pessoal ia ali atrás do postão para tomar bomba e coisa e tal, então geralmente é por motivos assim que o pessoal sai, se muda. Geralmente vai procurar aluguel por causa disso. [Marcela]

A mudança de endereço por parte dessas mulheres ficou caracterizada principalmente pela violência e pelo tráfico de drogas, sendo desconsiderados fatores como brigas familiares. Também citaram o desejo por uma casa maior com pátio, mas em outros bairros que houvesse uma menor ocorrência de violência.

Dentro das questões de acesso, pode-se referir a relevância dos hábitos de lazer que envolvem o cotidiano dessas crianças. Geralmente, são levadas para as casas de familiares e amigos, pracinhas, mercados, festas, *shoppings* e, em três casos, também à igreja. As informantes leigas negaram receber qualquer tipo de orientação em relação a rotinas de passeios e em relação a locais fechados e com grande circulação de pessoas. A coleta de dados da pesquisa transpassou todas as estações do ano, não sendo observadas referências de cuidado quanto aos locais de visita, nem mesmo relacionadas à prematuridade tardia das crianças.

Analisando as entrevistas, destacam-se as condições de acesso aos serviços de saúde. Após a alta hospitalar, os cuidadores leigos mantinham um primeiro contato diretamente na unidade de ESF de sua referência. Contudo uma das 13 mães não conseguiu estabelecer esse vínculo inicial com o posto de sua referência, iniciando suas consultas de puericultura no posto apenas quatro meses após a alta hospitalar:

[...] não consegui consultar com a doutora, daí tive que pagar uma consulta. Porque a primeira consulta dele eu fui, aí a doutora não foi, aí ela remarcou. Aí quando foi remarcado tava chovendo muito e ventando, e como ele não tava doentinho eu fiquei com medo de sair com ele e depois ele acabar ficando doentinho. Daí eu peguei e não fui e tentei remarcar. Aí eu consegui remarcar, e no dia que a gente remarcou eu cheguei uns cinco minutos atrasada e ela não quis me atender! Nem tinha ninguém no posto, mas ela não quis me atender, mas aí eu não quis discutir. Ela não quis atender e eu

fui lá e paguei um médico para ele. Eu fui naquele centro de consulta, e foi a única vez que ele consultou com o médico até agora. [Márcia – três meses]

As usuárias afirmam haver comunicação errônea e desencontrada entre profissionais de saúde e as mães, gerando um descrédito aos profissionais da saúde, o que as levou a procurar profissionais de saúde especializados, como relatam a seguir:

Daí a doutora disse que isso é normal [hérnia umbilical], que até os seis meses que o umbigo fica saltadinho, só ajeitando com o dedinho, colocando uma coisinha, mas lá no hospital disseram que não é para botar, que isso é coisa do tempo antigo. Uma enfermeira aqui [posto de saúde], quando a outra estava doente, que encaminhou os papéis dela para fazer essa cirurgia no umbigo, que ela estava com uma hérnia. Só olhou e “está com hérnia!”, e encaminhou os papéis para cirurgia, iam fazer cirurgia nela. Encaminhou do nada. Vamos operar quando ela fizer mais meses. Aí eu falei para doutora do posto, que disse não, isso aqui é normal, se até os sete meses não baixar, isso é normal, aí sim a gente tem que fazer alguma coisa. Aí, até lá no hospital me disseram que nada a ver, que o umbigo dela tava normal, que não tem hérnia nenhuma. [Martina – três meses]

É, eu tive uma consulta com a médica ali [posto], só que eu vou mudar, porque quando ele consultou com a médica e ela já viu que ele tinha esse pouquinho de estrabismo, mas ela não falou nada, eu e o pai dele junto. Aí ela consultou tudo, examinou ele e tudo, aí eu perguntei do leite, ela disse pra eu dar só leite do peito pra ele. A [médica] do posto. Aí ela não falou nada. Daí quando eu fui na consultar com a enfermeira ela me disse se ela [médica] me disse que ele tem um pouquinho de estrabismo. Não, ela não me falou nada, mas ela registrou na fichinha dele, mas ela não falou nada, então vai ver que é porque ela não falou nada, porque ele é pequenininho e pode melhorar ainda. Mas ela poderia ter me falado, né. Aí ela falou que ele tinha um pouquinho no olho direito, mas que podia melhorar com o tempo, que ele é pequenininho. Aí eu resolvi levar ele direto no pediatra, é melhor. [Maria – três meses]

A procura a outros profissionais surgia pela avaliação das mães em observar uma necessidade de seus filhos serem atendidos por especialistas. No caso da informante anterior, ela procurou um pediatra que referiu não ser estrabismo, e sim algo normal devido ao tamanho da criança. Tendo a mesma informação do posto de saúde, esta mãe voltou a utilizar os serviços da unidade de ESF, visto que era mais perto de sua residência. Entretanto a falta de comunicação entre os membros da equipe gerou um desconforto para a usuária, levando-a a procurar um especialista que esclarecesse seus questionamentos.

Os profissionais também referiram que as mães buscavam outros serviços por quererem uma avaliação de especialistas e não de generalistas, como ocorre na unidade de ESF, como na fala a seguir:

Justamente por algumas informações desencontradas que elas possam ter, ou falando com algumas pessoas, ou em outros atendimentos, por exemplo,

no hospital, e que elas passam a questionar as informações da unidade. Eu acho muitas vezes, eu penso muito assim no discurso atual, principalmente dos pediatras, desta questão que tem que consultar com o especialista da criança, que é o pediatra, que estudou só pra isso, então tem isso com relação à pediatria. Inclusive com a própria sociedade de pediatria, eles querem um espaço na saúde da família, digamos assim, acho que tem uma propaganda grande com isso. E acho que realmente tem um diferencial, né? E que algumas crianças teriam que fazer um acompanhamento com o pediatra, necessariamente. E daí pra pessoa fica difícil, mas por que a doutora achou que o fulano tem que ser atendido pelo pediatra e meu filho não? Eu acho que fica confuso pras pessoas. [Pedrina]

As orientações desencontradas dos profissionais ou a falta de orientações, evidenciadas nas falas, foram o principal fator que levou à procura de especialistas na área pediátrica:

Às vezes, ia lá no Postão, no pediatra, tinha uma equipe de estagiários que o professor acompanhava, sempre fui bem. Era sagrado, eu pegava e ia lá pra mim ter acompanhamento melhor, para examinar ele, dizer o que eu tinha dúvida, o que não tinha, tinha coisas que eu tinha dúvida. Daí eu cheguei lá no postinho, acho até que eu te comentei que a enfermeira disse que era para colocar azeite no umbigo dele, é uma coisa que ela disse, mas não dá para pôr nas crianças, daí fui lá no postão e disseram para comprar um tal álcool e passar, aí foi o que eu fiz, que foi rápido. Sabe por quê? Às vezes, não é atendido da forma que precisa, ou não vai no posto, é uma burocracia pra ir nesse posto, então as pessoas procuram outro lugar. O que a enfermeira vai fazer? Não vai fazer nada! Antigamente, ia ali e marcava e conseguia pra próxima semana. Não é mais assim. Aí se tu vai em outro lugar ali e que eles vão examinar. [Melissa]

A dificuldade de atendimento e as de espera sem garantia de atendimento fazem as mães levarem seus filhos diretamente em hospitais, médicos conveniados ou particulares, bem como em pronto atendimento 24 horas:

Não tem consulta né, é um sacrifício pra conseguir uma consulta, eu sei por causa dele, que às vezes eu não consigo marcar. Depende. As enfermeiras, “ah, não tem coisa na agenda, mesmo pra criança com a doutora”. Olha, eu consultei com ele no postinho quando ele tinha três meses, depois só fui consultar com a doutora agora com ele com 11 meses e agora marcaram pro mês que vem, porque a enfermeira conseguiu encaixar uma consulta por causa de um aninho, mas, se não, era só ver com a enfermeira, e a enfermeira ela até te examina, mas ela não te dá aquilo que o médico ia te dar, que não tá na jurisdição dela. [Melissa]

Associado à dificuldade de consultas nas unidades de ESF e a informações desencontradas dos profissionais, o período da coleta de dados caracterizou-se também pelo fato de o governo ter instituído um novo processo de contratação de profissionais, fator que levou a uma rotatividade e à falta de funcionários. O vínculo empregatício dos profissionais, no início da coleta de dados, estava associado à Fundação do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, e durante o ano de 2012 houve uma reestruturação, havendo um novo concurso público, o qual mudou o

vínculo para o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), gerando ausências e troca de profissionais nestas unidades:

Tem posto que não tem médico, nem enfermeira, e aqui a gente tem, bem ou mal, uma médica e duas enfermeiras que atendem, ajudam e auxiliam, de forma técnica. Só que tem alguns querem ser atendidos só pelo médico, aí só da para o outro mês ou para o outro. Infelizmente a agenda tá lotada. A médica trabalha pra caramba, é sobrecarregada, ela tem que fazer receita... Tudo é com ela. Tem que fazer as visitas de rua, e uma pessoa só acumula, então a agenda dela tá lotada. Não se dá aquele atendimento que queria se dar, não tem profissional para isso. Eles acham ruim e ficam braba, e vão procurar outro serviço. Isso é muito comum. [Perpétua]

As unidades em estudo possuíam em sua totalidade quatro equipes, sendo que duas ficaram sem o profissional médico e em uma delas foi substituído um profissional enfermeiro.

Mesmo as mães tendo procurado outras instituições de atendimento à saúde por falta de profissional, dificuldade de consulta ou por considerarem as orientações fornecidas desconhecidas com a patologia de seus filhos, elas voltavam a procurar seus postos de saúde. As voltas às unidades de ESF se deram devido a questões financeiras, proximidade de suas casas, terem obtido informações próximas ao que já era referido nos postos, necessidade de manutenção da vacina de seus filhos, bem como o acesso a exames e medicamentos como a seguir:

[...] isso é uma coisa bem simples. Tu sabe que a gente está sempre com o serviço esgotado, está só com uma médica. Daí elas chegam aqui, não podemos passar pela médica e passamos para enfermeira, e elas saem braba. Aí veem algum lugar e tem que esperar e não tem aquele atendimento vip que elas querem, e elas acabam voltando. Procura-se dar o melhor da gente, mas não temos conseguido. [Perpétua]

Tem algumas famílias que têm convênio, e têm convênio que é limitado, é até ali. Então assim, "ah, vou pedir um hemograma", tá, mas vai ter que pagar. E não tem condições. E outra coisa, ele tá prescrevendo X coisa, que não tem na rede pública, tem que comprar. Então isso talvez tenha feito que eles, né, voltassem, porque tratando no posto tem as coisas do posto. Tem medicação, tem algumas coisas que tu consegue bem mais fácil no posto do que lá fora. Outras coisas, também assim, algumas fazem consulta com o enfermeiro e aí, por exemplo, o nosso médico é geral, ele não é pediatra, tem especialização em saúde da família, mas ele não é pediatra. Mas daí eu vou para o pediatra, porque o pediatra cuida de bebê. Muito isso. Algumas fazem todo pré-natal particular e depois começam a fazer a puericultura na unidade de saúde, talvez porque o convênio não vá cobrir, sei lá. Tivemos uma paciente que fez tudo particular. E agora ela faz puericultura com a gente. Tudo com a gente [Pérola]

A utilização das unidades de ESF foi associada à necessidade medicamentosa e não à prevenção, à orientação e ao acompanhamento das crianças. Ao contrário do esperado, os cuidadores leigos não utilizam as orientações



de cuidado referidas pelos profissionais, apenas as orientações medicamentosas. As orientações gerais de alimentação, vestuário, higiene, conforto, sono e repouso, entre outras, são adequadas conforme a cultura familiar prevê, sem considerar as orientações realizadas pelos profissionais da saúde.

Essa postura de atendimento às orientações familiares foi referida devido ao julgamento dos profissionais em relação às atitudes domiciliares, muitas vezes desconsiderando a realidade local, insistindo em orientações que não podem ser realizadas sem a adoção de alternativas:

Acho que elas têm medo de alguma espécie de repreensão. “Ah não, mas tu devia tentar isso, mas tu devia fazer aquilo”. Eu acho que elas até sabem o que elas têm que fazer, quais são os passos, mas por N razões elas não conseguem fazer isso, então, assim, elas têm dificuldade de admitir isso na frente da pessoa. Uma coisa que talvez elas não queiram admitir nem pra elas mesmas. [Pedrina]

Eles escolhem os familiares principalmente quando é aquelas vizinhas: “Eu criei 15 filhos e todos eles eu fiz desse mesmo jeito, nunca deu uma dor de barriga”. Aí sabe, como é a pressão da família é maior, melhor fazer daquele, talvez mais fácil que a orientação correta, então fazem. [Perpétua]

As mães admitiram seguir a orientação de seus familiares, pois às vezes não concordavam com algumas orientações dadas pelos profissionais da saúde. Uma informante, por não concordar com uma orientação medicamentosa prescrita, preferiu seguir as orientações familiares em outros parâmetros de cuidado também:

Porque eles são mais experientes. Eu segui realmente, onde tu viu uma criança tomar água depois de seis meses? Um chá, depois de seis meses, eu acho que para mim está errado. A criança já nasce e está mamando no colo da gente. É errado dar comida com três ou quatro meses, mas um chazinho ou um suco dá para ir dando, com seis meses já pode comer. Eles falam muito exagerado, se eu tivesse dado os medicamentos que as médicas tinham me dado ela já estava morta. É verdade. Como eu vou fazer bombinha e nebulização na mesma hora, não ia acelerar muito o coraçãozinho dela?! [Martina]

Outro fator relatado para o seguimento da orientação familiar foi a repressão familiar caso o tratamento não obtivesse sucesso e trouxesse algum prejuízo à saúde da criança, acarretando em uma culpabilidade das mães:

Acho que é pela mesma questão. Se ela não fizer, ali tá o familiar. Se ela não fizer dali e der alguma coisa errada, os familiares estão ali pra contar, “Viu, tu não fez o serviço que era pra fazer”. Então a confiança e o medo é em quem está ali está sempre junto, né? [Paula]

Ah, assim, eu não sei né, acho que é porque já tem mais experiência, já passou por isso e sabe que não vai fazer mal. Claro que daí tem coisas, né, eu não ia por todo mundo não, toda comida, aí eu não ia. Já falava para o

médico, aí até a vó dizia, não, minha filha, continua no leite que ele é novinho, porque essas coisas de banho, de roupa, tu vai mais pelos outros da família e dos familiares que já passaram por isso, mas daí questão de remédios, essas coisas assim eu não ia muito não. [Melissa]

Uma profissional da saúde identifica essa inadequação das condutas oferecidas pelos profissionais e realizadas pelas mães, sugerindo que voltassem a realizar grupos com essa população. Nesse processo, explicaria e envolveria a família, pois essa forma de discussão de cuidados forneceria trocas culturais e subsídios para as profissionais adequarem sua linguagem à população estudada:

Não sei, a gente que visita em casa, eu converso muito sobre isso. Eu digo pra elas, “é melhor vocês falarem a verdade, que lá tem médico/enfermeiro e pode orientar vocês correto. Se vocês disserem uma coisa e tarem fazendo outra, a orientação vai vir errada, e a orientação vai vir do que vocês dizem”. Mas eu não sei. Aqui a gente fazia grupo de gestante, até está meio parado, e a gente orientava muito. Tinha uma boneca, pegava uma banheira, mostrava como dava banho, elas mostravam pra outra em casa, a mãe diz que tem que fazer de um jeito que nem aquela mãe, que dava banho com água e cachaça, então, que não é orientação da gente. [Perpétua]

Conforme Diaz et al. (2010), as atividades realizadas em grupos podem ser consideradas como um momento para esclarecimento de dúvidas e educação em saúde, neste caso, podendo salientar as práticas de cuidado ao prematuro tardio, bem como o seu processo de saúde-doença, fazendo com que os grupos se tornem instrumentos de promoção da saúde, gerando autonomia aos cuidadores leigos.

Os fatores socioeconômicos que envolvem o cuidado do prematuro tardio devem ser considerados na prática, pois o contexto de moradia e as condições de acesso à saúde estão imbricados no cenário de cuidado ao prematuro tardio.

## 6 O CUIDADO LEIGO E PROFISSIONAL DO PREMATURO TARDIO

O prematuro tardio, com sua imaturidade fisiológica, requer cuidados especiais em relação a alimentação, higiene, conforto, manutenção da adaptação fisiológica, bem como dos processos que envolvem seu desenvolvimento e sua espiritualidade. No grupo de crianças estudadas, a prática do cuidado advém de orientações dadas no nascimento, em ambiente hospitalar, no posto de saúde e no entorno familiar.

Embasadas no contexto de moradia dessas crianças, serão descritas nesse tema as práticas de cuidado leigas e profissionais a respeito dos padrões de alimentação, cuidado espiritual, higiene e conforto, bem como dos cuidados de saúde do prematuro tardio. A seguir, na Figura 7, estão descritos os padrões e descritores utilizados na análise do tema do cuidado leigo e profissional ao prematuro tardio.

**Figura 7** - O cuidado leigo e profissional ao prematuro tardio, padrões e categorização dos descritores

TEMA	O Cuidado Leigo e Profissional do Prematuro Tardio			
PADRÕES	Alimentação do Prematuro Tardio	Cuidado Espiritual na Prematuridade Tardia	Higiene e Conforto do Prematuro Tardio	Cuidados de Saúde ao Prematuro Tardio
CATEGORIZAÇÃO DE DESCRITORES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imaturidade neurológica</li> <li>- desmame precoce</li> <li>- introdução precoce de alimentos</li> <li>- dificuldades iniciais da amamentação e do ganho de peso</li> <li>- influência familiar</li> <li>- receptividade e comunicação entre mães e profissionais da saúde</li> <li>- práticas e crenças leigas</li> <li>- orientações profissionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- práticas espirituais</li> <li>- religião e ligação entre padrinhos e fatores econômicos</li> <li>- crenças e práticas</li> <li>- relação social e espiritual</li> <li>- desassociação com os profissionais da saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- medo devido ao tamanho e falta de orientações</li> <li>- tipos e frequência de banhos</li> <li>- crenças e práticas</li> <li>- higiene oral</li> <li>- trocas de fraldas</li> <li>- vestuário</li> <li>- sono e repouso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consultas</li> <li>- patologias</li> <li>- crenças e práticas</li> <li>- influência familiar</li> <li>- reinternações</li> <li>- administração de medicamentos</li> <li>- dificuldade de linguagem</li> <li>- atribuições da equipe de saúde</li> <li>- especialidades médicas</li> </ul>

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013.

## 6.1 Alimentação do prematuro tardio

A imaturidade fisiológica dos prematuros tardios e sua repercussão no processo de alimentação puderam ser observadas nas falas das informantes durante a coleta de dados. Contudo, na concepção das mães, nem sempre essa dificuldade foi associada à prematuridade:

A pediatra, no caso não só pediatra, no próprio hospital, eles já dizem, para evitar mamadeira, essas coisas todas, nunca se sabe né, chupeta, bico e o chá. Ela já disse assim, “vai dando chá para criança, ela vai largando o peito”. Às vezes, eu acho que não! Porque vai largar do peito, se tu começar a dar com mais frequência outras coisas e o peito não, né! No caso, esse aqui, só largou do peito porque é preguiçoso mesmo, não quer fazer força. [Marcela]

Uma das características da prematuridade tardia, nem sempre associada à falta de maturidade do recém-nascido, é o período prolongado de sono. Uma das mães refere que o período prolongado de sono, com choro esporádico, é associado à fome:

E pegar ele de olho aberto é raro. É raro pegar ele de olho aberto, porque ele só fica dormindo, se ele não tá com fome ele está dormindo. [Melissa – um mês]

Segundo McGrath (2007), os prematuros tardios podem parecer mais sonolentos, para as famílias, após as mamadas, não demonstrando necessidade de realizar a próxima mamada. Entretanto, essas crianças são menores e precisam de mais líquidos e alimentação. Sendo assim, os pais precisam de informações sobre a melhor forma de alimentar e acordar essas crianças para que a alimentação seja efetiva. Além disso, por estas crianças apresentarem mais sonolência e uma aparente menor necessidade de ingestão alimentar, deve ser enfatizada a importância da estimulação e alimentação fracionada e completa, reduzindo o estresse para o ambiente familiar. Porém muitas mães entrevistadas associaram a sonolência de seus filhos ao estado de “preguiça” e não à prematuridade e à imaturidade fisiológica, como a seguir:

[...] só avisaram que ele ia nascer antes, antes de nascer. Depois que nasceu ninguém me falou nada. Só me disseram que ele é muito quietinho, que os outros nenês choravam para mamar e que ele não, ele tem que acordar para mamar, senão ele dorme direto. Aí as enfermeiras me explicavam que era porque ele nasceu antes, e daí demora um pouquinho mais para ele aprender, mais que os outros, que ele era o menorzinho de todos também. [Márcia – um mês]

A respeito da dificuldade inicial na amamentação, em alguns dos casos foi explicado, já no ambiente hospitalar, que isso possuía relação com a prematuridade.

Em relação às orientações da primeira consulta nas unidades de ESF, as mães referiram que, quando questionadas sobre a alimentação dos recém-nascidos prematuros, elas não contavam o que realmente estava ocorrendo. Esse fato se devia à insistência dos profissionais da saúde no aleitamento materno, sem conhecerem as condições da díade mãe/recém-nascido, faltando receptividade ao que não estava de acordo com as orientações desses profissionais:

Eles não dão abertura, é o leite do peito e pronto, tem mães que não conseguem [...]. [Mirela]

Perguntaram se eu já tinha dado outros leites, mas eu falei que não, porque eles não gostam [risos]... [Maise – um mês]

Porque eles só sabem dizer que é errado, que tu não pode fazer isso, que nem quando eu falei para a doutora que eu tô dando Danoninho para ele, ela me xingou [...]. [Melissa – cinco meses]

Para melhor analisar as práticas de alimentação realizadas com essas crianças do primeiro ao sexto mês de vida após a alta hospitalar, faz-se necessário descrever o contexto de alimentação em que os RNs foram recebidos na rede comunitária. Os parâmetros utilizados para as definições de aleitamento materno seguiram as orientações adotadas pela OMS (2009):

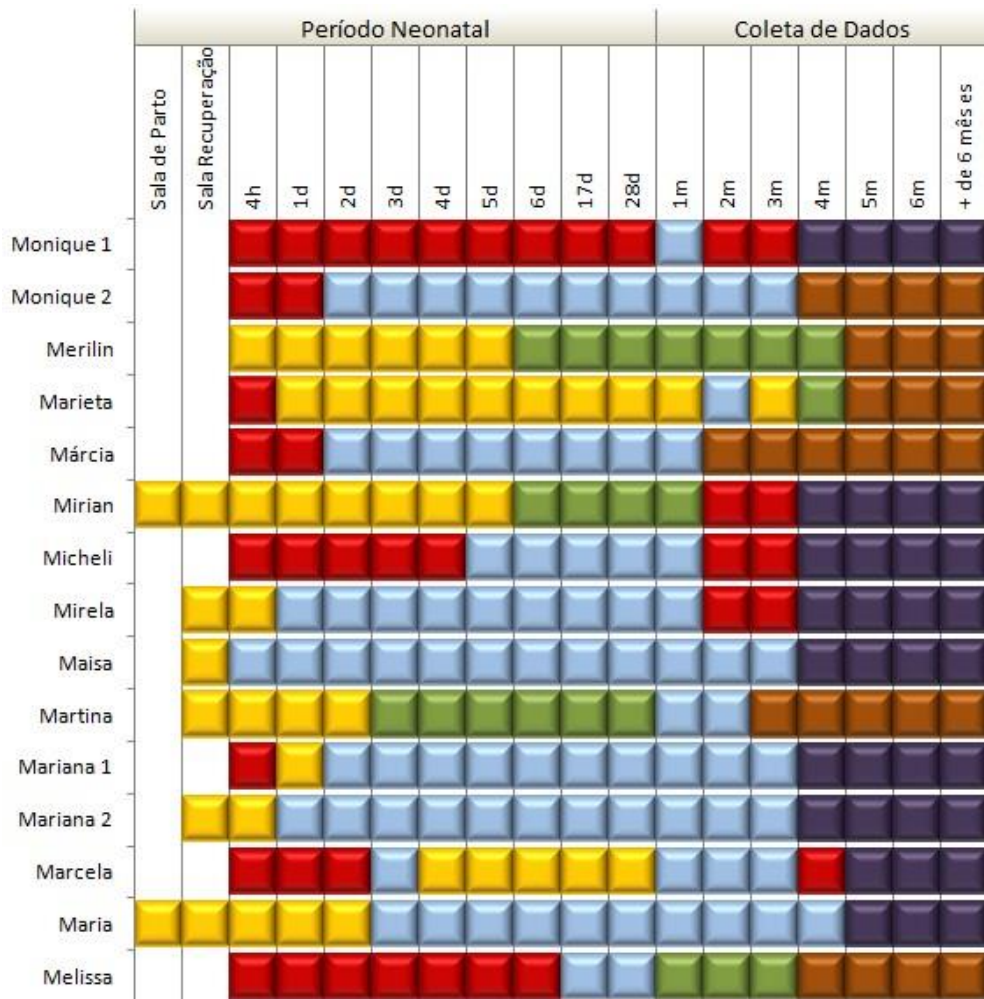
- Aleitamento materno exclusivo (AME): leite materno (na mama ou ordenhado), podendo receber gotas, xaropes, vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos;
- Aleitamento materno predominante (AMP): leite materno como fonte predominante e água ou bebidas a base de água e sucos;
- Amamentação complementada: leite materno e qualquer outro alimento sólido ou semissólido como complemento e não substituição. Pode ser complementado com outro tipo de leite de origem não humana;
- Alimentação com mamadeira: qualquer líquido (incluindo leite materno) ou alimento semissólido oferecido por mamadeira (leite humano ou fórmulas).

Na descrição da alimentação das crianças em estudo, foram incluídas as categorias de fórmula láctea, na qual não era mais oferecido leite materno, e a

categoria de fórmula láctea e alimentos sólidos, a qual incluía todos os tipos de alimentos sólidos além do leite não humano.

A Figura 8, a seguir, ilustra o tipo de alimentação recebida pelas crianças estudadas, desde o seu nascimento até o final da coleta de dados.

**Figura 8** - Predominância do tipo de leite ingerido pelas crianças estudadas



Legenda:

- AM Exclusivo: somente leite materno
- AM Predominante: LM e água ou bebidas a base de água
- AM Complementado: LM e qualquer outro alimento sólido ou semi sólido não substituindo o LM, pode receber outro leite
- AM Mista ou Parcial: LM e outros tipos de leite
- Fórmula láctea
- Fórmula láctea e alimentos sólidos

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013.

Na Figura 8, das 15 crianças estudadas, percebe-se que apenas duas foram estimuladas a sugar no seio materno já na sala de parto, e outras quatro na sala de recuperação. Salienta-se que cinco das 15 crianças não possuíam estabilidade fisiológica para sucção em seio materno, sendo levadas diretamente para a UTIN. No primeiro dia de vida, nove crianças sugaram no seio materno, e 10 delas receberam fórmula láctea até o terceiro dia de vida.

Na alta hospitalar, com internação na UTIN ou não, cinco crianças estavam em aleitamento materno predominante visto que já haviam recebido fórmula láctea, mas no momento estavam apenas com leite materno; destas, duas receberam chá ao chegarem em seus domicílios. Das outras três crianças que permaneceram com aleitamento materno predominante, uma iniciou com chá no quinto dia de vida e duas outras mantiveram o aleitamento apenas em seio materno até o primeiro mês de vida, tendo uma delas recebido fórmula láctea no segundo mês, com pouca aceitação, voltando o leite materno a ser predominante até o final do terceiro mês. No quarto mês de vida desta criança, foram introduzidos chás e no quinto mês iniciou-se a alimentação semipastosa.

Outras nove crianças, na alta hospitalar, recebiam aleitamento materno com mamadeira, ou seja, sugavam em seio materno, mas as mamadas eram complementadas com fórmula láctea. Destas nove, duas receberam fórmula láctea exclusiva por um dia, e uma por quatro dias. Apenas uma criança teve alta recebendo fórmula láctea exclusiva, tendo sua mãe lhe oferecido seio materno apenas com um mês de idade e sem sucesso.

Diante do exposto, destaca-se ainda que, no dia da primeira entrevista da coleta de dados (primeiro mês de vida), um RN estava em aleitamento materno exclusivo, quatro em aleitamento materno predominante e 10 em alimentação com mamadeira.

Na entrevista do terceiro mês, uma das mães mantinha aleitamento materno exclusivo, duas com aleitamento materno predominante, duas em alimentação complementada, seis com alimentação com mamadeira e quatro com fórmula láctea.

No sexto e último mês da coleta de dados, não havia mais nenhuma criança em aleitamento materno exclusivo, estando seis com alimentação complementada e nove com fórmula láctea e alimentos sólidos.

Analisando esses dados, nos quais apenas uma criança foi amamentada predominantemente em seio materno até o terceiro mês de vida – recebeu fórmula

lácetea no primeiro dia de vida e um dia no segundo mês de vida –, e aliando à informação de que as mães não estavam trabalhando no período pós-natal, pode-se inferir que há um processo falho na comunicação e no cuidado de profissionais da saúde, pais e familiares dessas crianças prematuras.

Durante o período de coleta de dados, foi possível conhecer as práticas de cuidado da alimentação dessas crianças. Assim, o maior destaque foi para a falta de aceitação das mães em relação às orientações dos profissionais da saúde quanto à alimentação das crianças. Motivadas pelas orientações dos profissionais desconectas do contexto materno, também referidas pelas mulheres como pouco flexíveis e, em caráter ríspido, fazendo com que as mães seguissem as orientações dos familiares, como nos relatos:

Quando fui consultar, ele estava com quatro meses, com uma doutora lá, que eu não gostei muito dela não, ela disse que era pra mim, se eu quisesse, comprar aquelas papinhas prontas de vidro [pausa]. E eu, ah, totalmente sem noção, né, “ah, tá bom”. Mas como minha mãe e minha vó têm mais experiência, vou mais pela minha mãe, pelo meu pai e pela minha vó e pela tia, que tem a nenezinha de um ano. [Melissa]

Não, não é que eles [profissionais da saúde] xingam, é falam: “tu não pode isso, não pode aquilo”. Aí a mãe, para não botar a mãe tipo “ah, a mãe não sabe, né”, elas já evitam de contar. Sempre acontece. Porque por exemplo, esse caso aí, se ela tivesse contado. Eles iam explicar, né. Iam evitar, exato, “não pode fazer isso”, ou coisa assim, entendeu. Se tivesse dito que tava dando outra coisa eles iam cortar o barato dela. E daí era melhor ela não contar [...]. [Marcela – seis meses]

As próprias profissionais confirmam em suas falas seus pontos de vista pouco flexíveis, não referindo alternativas:

A gente insiste: “Olha o leite do peito, vamos voltar a dar o peito?” [Pérola]

Olha, uma coisa que eu sempre bato, leite materno sempre, sempre, sempre. Vai chegar mãe, vai chegar vizinho, não! Insiste, insiste, insiste. Porque vai ser difícil nos primeiros dias, mas depois o leite vai ter que sair. E primeira alimentação principal é o colostro. Não vai ficar dando chazinho nada. [Pietra]

Como sou do aleitamento, quando descobri mãe dando Danoninho com dois meses quase tive um enfarte. [Pierina]

Assim, as mães sentem-se reprimidas e acabam por omitir informações, ou relatam nas consultas o que não estão fazendo:

É por isso, porque daí as pessoas acabam falando o que eles querem ouvir mesmo. [Melissa]



As condutas maternas, sem orientação dos profissionais da saúde, foram diversas. Devido a fissuras mamárias e à necessidade de sair para algum compromisso (sem levar seus filhos), realizaram a ordenha manual, com descarte do leite ordenhado, pois não sabiam como armazenar seus leites. Assim, as crianças recebiam fórmula láctea ou leite bovino no lugar do leite materno.

Uma das mães possuía grande quantidade de leite, entretanto estava com fissuras mamárias e não conseguia amamentar. Por isso, ela ia até um banco de leite doar seu leite para outras crianças, enquanto seu filho recebia fórmula láctea. Ela solicitava auxílio aos profissionais sem sucesso, até que um dia ela não suportou mais a conduta dos profissionais da saúde, como o relato a seguir:

Eu estava dando errado o mamá pro nenê, que estava pegando errado. Tudo bem que estava pegando errado, mas quem pôs a mamadeira não fui eu, foi lá no hospital que eles não mandaram dar o peito, então tem que xingar lá, o médico, e não eu. Eu disse para ela [profissional do banco de leite], ele foi mamar no peito mesmo um dia antes de ir embora [do hospital]. E o resto, os 20 dias que ele ficou lá foi na mamadeira, então eu não tenho culpa, a culpa é do médico! E ele mandou eu continuar dando mamadeira para ele, agora que eu resolvi não dar mais e dar o peito. E eu já cheguei com o peito todo machucado e ela [profissional da saúde] me xingando! [Melissa – três meses]

Nesse caso, as profissionais do posto de saúde desconheciam que ela não amamentava exclusivamente seu filho, estando inclusive no prontuário a informação de amamentação exclusiva.

Outra questão relacionada é o fato de algumas mães relacionarem a sua ingesta alimentar com a cólica intestinal da criança, deixando posteriormente de ingerir alguns alimentos para não prejudicar seu filho. Outra mãe também referiu a utilização de chás apenas para os momentos de cólica:

[...] por causa do leite... O chimarrão também, que não pode tomar, porque pode passar pra ela e causar cólica... Daí eles dizem que essas coisas verdes, tipo couve e rúcula, alface. [...] eu, chimarrão eu tomei. Eu não sei se foi coincidência, se ela chorou de madrugada... Ela encolhia as perninhas... Aí eu nem quis arriscar comer couve, comer rúcula. [...] não testei, porque ela é muito boazinha do meu lado. Eu tenho medo de fazer qualquer coisa assim, fora do que as pessoas me disseram para não causar cólica nela. Agora se é mito ou verdade, não sei! [Mirela – um mês]

Ah, ele está mamando ainda, só que ele sente muita cólica, ele se espreme demais, e teve esses tempo, cinco dias sem fazer cocô. [...] Daí dou chá de funcho. [Merilin – um mês]

É, agora ele acorda porque ele está com um pouquinho de cólica, daí ele chorou um pouquinho. Aí eu dei aquele paracetamol e o biquinho para ele. É que eu estou com um pouquinho de anemia, daí eu tenho que comer mais coisas verdes e dá um pouquinho mais de cólica. [Melissa – um mês]

Outro ponto relevante envolveu uma prática de alimentação popular, a qual foi evidenciada pela amamentação cruzada. Essa prática ocorreu com uma das informantes e foi relatada por outras como sendo uma prática comum entre as mulheres neste contexto:

Ai eu faço isso [amamentação cruzada] para minha prima, só que, claro, eu faço isso porque sei que ela é minha prima, que não tem nada. [...]. Ah, porque a mãe amamentou meus primos, porque minha tia não tinha leite, até elas são bem saudáveis. [...] É que, na verdade, assim, tu não pode fazer assim para todo mundo, que nem no hospital antigamente, tu tinha leite e dava teu peito para outro nenê, mas tu não conhecia a família quando era criança. Eu acho que assim tu não pode fazer, mas assim, eu acho que quando tu conhece não tem problema, se é uma pessoa da família. [Melissa]

As profissionais de saúde, por sua vez, também apontaram que essa prática ocorria devido aos seguintes fatores: a crença que a outra mãe que irá amamentar seu filho não possui doenças que possam passar pelo leite materno; a percepção que o filho da outra mulher é forte e grande e por isso tem um leite melhor e mais forte, o que permitirá que seu filho cresça mais rápido; o medo de que a outra nutriz se sinta rejeitada por não aceitar a ajuda que está oferecendo; a crença de que, se o leite animal pode ser ingerido por humanos, por que o leite humano não poderia; a não evidência de nenhum prejuízo à saúde das outras crianças que sugaram em seio materno de outras mães. Ainda salientaram que, existe uma grande mobilidade comunitária e que, muitas famílias vêm do interior para capital e nesses lugares a amamentação cruzada é uma prática comum.

Mesmo sabendo de todos esses fatores que favorecem a amamentação cruzada na comunidade, as profissionais da saúde não questionaram as mães durante as consultas sobre o fato. Também se observou que essas profissionais não orientaram sobre outras práticas que pudessem ser associadas ao aleitamento materno exclusivo, para que as mães pudessem optar quando em dificuldade de amamentação exclusiva.

Sem apoio dos profissionais da saúde, as mães optam por seguir as orientações dos familiares ou fazerem a introdução gradativa dos alimentos, observando a aceitação da criança através de possíveis problemas gastrointestinais que pudessem surgir.

Uma mãe desconhecia como era realizado o preparo das formulas lácteas, mas, devido à agitação de seu filho, iniciou a administração da fórmula conforme seu entendimento:

[...] meu leite é pouco e tudo mais, toda hora ele mama e se joga pra trás assim de brabo. Eu sinto que o leite não era assim, mas depois que eu comecei a dar a mamadeira ele está mais satisfeito. Só que na lata diz que é 350 ml de água e cinco colheres de leite, só que eu boto 120 ml de água e quatro colheres de leite. [Marcela – três meses]

As mães afirmaram que na maioria das vezes não é prescrita a fórmula láctea, mas, quando é prescrita, também existe uma dificuldade para conseguir o leite especificado pelos profissionais. Entretanto, se não conseguem produzir leite suficiente, ou veem seus filhos mais chorosos e insatisfeitos, segundo elas, acabam relacionando com fome da criança e dando o leite que podem, mas sem a orientação dos profissionais:

É porque eles vão chegar lá e vão dizer “não pode fazer isso”, e daí as pessoas não podem. É que nem o médico diz que o bom é tu dar Nan ou Nestogeno, nunca pode dar leite de caixinha, e pra conseguir o Nestogeno no posto às vezes tu tem que fazer todo o cadastro. Mas tem várias pessoas que dizem, várias amigas que dizem que têm pouquinho leite, que só tão dando leite, mas não tão dando leite nada, tão dando Ninho caixinha, dilui um pouco na água e dá, né, fazer o quê? [Melissa]

As mães muitas vezes não valorizam o aleitamento materno por crenças próprias ou por não verem relação do desmame com a utilização de outros leites ou líquidos associados:

Dei por conta [chá e água]. Ah, minha irmã disse para mim que meu cunhado não deixava dar nada até os quatro meses, mas eu não, é normal, criança sente sede. [Martina, um mês]

Não, para mim não, mas tem gente que já comentou que foi lá, começou a dar chazinho para o bebê, e o doutor falou “ah, não pode, porque o leite materno é tudo que a criança precisa”. Já aconteceu de eu dar mamá do peito e dar chazinho e ele pegar, porque, se ele está satisfeito, ele não vai querer, então eu acho que é por aí. [Marcela]

As profissionais, por sua vez, reconhecem a dificuldade de aceitação das informações sobre a exclusividade do leite materno por parte das mães e colocam seus pontos de vista, pelos quais insistem no aleitamento materno:

Pré-termo, o desmame é mais precoce, já tem necessidade de o bebê crescer de uma vez e ela quer que o bebê inche, daí ela começa a dar comida artificial, o bebê pré-termo aqui ele mama mais tempo. [Paula]

A gente faz muita força aqui para que mame no peito, até porque o Nan é caro demais, demais pra uma mãe sustentar. Só que a gente sabe, é difícil,

a gente sabe que ela não vai dar Nan, que ela vai dar leite de vaca. E aí é um perigo, porque daí ela não sabe a diluição. Tem medo de dizer, tem medo de falar para nós que está dando leite de vaca. Porque se tem medo é porque, assim, em outras unidades, em outros lugares, elas têm a mesma fala: cheguei lá no posto e a enfermeira me xingou. Então, muitas vezes elas já vêm assim, elas omitem. Não é mentira, elas omitem que tão dando leite de vaca. “Mas teu filho está engordando muito, está bem gordinho. É só peito?” “Não, eu estou dando leite de vaca”. “Como é que tu está dando leite de vaca?” “Geralmente é puro ou com água de arroz”. Muitas usam também só água de arroz, que para mim é um perigo. Daí a gente começa a perceber pelo cocô duro, o cocô começa a ficar duro, cólicas e cólicas, e até a gente diz “bota aí para mamar para ver como é que está mamando”. Daí “ah, ele já mamou!”. Então, a gente começa a perceber, são sinais que a gente vai vendo. [Pérola]

As profissionais entendem que as mães querem que seus filhos cresçam rápido e que iniciam precocemente a introdução de alimentos. Assim, não estimulam a ingestão de outros tipos de líquidos, insistindo no aleitamento exclusivo. Uma mãe relatou que tentou solicitar um chá para seu filho; como não foi atendida, preferiu não contar mais sobre suas práticas de alimentação ao filho e começou a pedir o que desejava como se fosse para outra pessoa e ao chegar em casa dava à criança.

A introdução precoce de alimentos foi uma prática comum adotada pelas mães, porém uma delas ocorreu no primeiro mês de vida, relatado na primeira entrevista, com um mês após a alta hospitalar:

Caldinho de feijão, com batatinha. Hoje ela comeu um caldinho de canjica. E gosta! E isso que eu nem dei, ela se avançou no prato para comer. Sim, aí eu dei uma provinha para ela, mas gostou. [Martina – um mês]

As outras introduções precoces eram a respeito de outros tipos de leite, farinhas para engrossar o leite, frutas e bolachas, além do chá:

O leite, Ninho de caixinha, o líquido. [...] O Ninho, ninguém, eu comecei a dar por conta própria para ele, porque quando eu levei para consultar ela me disse para não dar nada para ele, aí como eu vou trabalhar, como que o guri vai ficar sem tomar nada? Vai chorar, vai ficar com fome, aí eu comecei a dar. Só que me disseram que tem muito conservante leite de caixinha, que era pra mim dar aquele de saquinho, porque de caixinha tem muito conservante, mas eu ainda tô dando aquele. Não fez mal para ele nada, ele faz cocô normal, não tem cólica nada, tá bem vou continuar dando esse. [Maria – três meses]

Outra prática muito utilizada nesse meio é seguir as orientações ou experiências que as amigas ou os familiares realizaram com seus filhos, sendo uma prática indicada ou não, como segue:

Não dou água, mas chazinho eu dou desde quando ele veio pra casa. Chazinho e estou dando suquinho pra ele, frutinha estou dando, dou maçãzinha para ele. Por causa que, como eu não consegui médico para ele

[desde o nascimento], eu me baseei pelas minhas amigas que tiveram nenê junto comigo né. Daí tudo que o médico tá liberando para elas eu já dou para ele também, porque ele é dias, 15 dias mais velho que os nenê das minhas amigas. Aí o médico delas tinha dito para elas que era só a partir dos seis meses que era pra começar a dar alguma outra coisa além do peito, daí ela disse, “Ah, mas eu vou ter que começar a trabalhar né, ele vai ter que ficar com outra pessoa tudo”, daí o médico “Tá, então tu começa devagarinho, começa com uma frutinha, um suquinho”. Aí tudo que o médico fala pra elas eu faço. [Márcia – três meses]

Come fruta, toma suco da laranja, Danoninho, dou caldo de feijão na mamadeira pra ele tomar. [Micheli – seis meses]

Uma mãe referiu dar o chá apenas para as cólicas da criança, mas na fala pôde-se observar que ela não associa água ou chá com outro tipo de alimento:

Só no peito, ele não toma mais nada. A médica mesmo falou que não era para dar nada pra ele tomar. [...] Aham, aí depois ele ficou cinco dias sem fazer cocô, eu achei estranho, aí a médica disse que ele pode ficar até uma semana sem fazer. [...] Mas fora isso ele toma chá, aí ele toma chá e fica normal e dorme. [...] minha mãe que faz. [...] ele para de chorar e fica bem quietinho, é assim que ele tem que ficar né?! E ela tentou dar água pra ele, e ele não parou, ele fez umas caretas e não tomou. [Merilin – três meses]

No início da coleta de dados era difícil obter informações com as mães, pois muitas vezes associavam as pesquisadoras aos profissionais da saúde. Dessa forma, alguns fatos só foram apontados em outras entrevistas, embora já tivesse sido observado durante a coleta de dados como no exemplo de Marcela:

Hoje na primeira entrevista a esta mãe, foi questionado sobre a alimentação da criança e a mãe referiu não dar chás ou outros alimentos, no entanto havia uma mamadeira de chá sobre a cômoda e só tem uma criança na casa. [Diário de campo]

Mamando no peito. Só peito. Mas no hospital ele tomou outro leite. Até eu não sei se depois, quando ele for para creche, eu vou ter que dar mamadeira para ele. Mas não dou mais nada agora. Ele fica bem, mas mais para diante eu vou ter que dar, porque como ele vai tomar mamadeira, daí eu acho que ele vai necessitar de um chazinho, uma água. [Marcela – um mês]

Ele está tomando mamadeira desde o início agora deste mês. [Marcela – três meses]

Eu comecei a dar chazinho para ele, praticamente junto com a mamadeira. Porque daí ele não estava tomando só o leite do peito. [Marcela – três meses]

Não, o doutor não disse nenhum outro leite, porque no início, na outra consulta que eu tinha ido como eu te falei, eu estava dando só o peito. Daí eu nem quis comentar nada. Agora nessa consulta eu sou obrigada a dizer, né? Até porque a criança engordou demais, né. Ah, é porque eu estou dando Nestogeno para ele. Porque o meu leite é muito pouco sabe, e não tem como eu tirar e mandar junto. Tem que ser uma quantidade grande porque ele mama. E como mama. [Marcela – três meses]

Na sequência de falas citadas anteriormente, pode-se inferir que, provavelmente, Marcela já estava dando o chá e o complemento lácteo à criança pelo menos desde a primeira entrevista, um mês após a alta hospitalar, pela observação do local da coleta de dados. Salienta-se ainda, na última fala, que de fato ela não referiu a verdadeira conduta tomada com o filho, talvez por medo de uma repreensão ou julgamento por parte dos profissionais da saúde e, talvez neste caso, das pesquisadoras também.

Quando orientadas pelas profissionais da saúde, as mães avaliavam a orientação, podendo utilizá-la como um teste ou logo a desconsideravam:

Esses dias eu raspei uma maçãzinha e dei para eles. [...] A enfermeira falou que se eles aceitassem eu podia dar aveia, que aveia tem fibra, aí poderia ser que fosse aliviar um pouco a cólica dele, que o intestino ia trabalhar, que diz que é a formação do intestino a cólica. Aí ele disse que eu poderia dar aveia para os dois assim, mas eles não aceitaram bem. [Mariana, três meses]

Eu tinha perguntado ali no postão, liguei ali no postinho e perguntei o que eu podia dar a ele fazer cocô. Disseram que era para dar feijão com grão, feijão com grão. [...] Não aí não dei, porque aí vai trancar mais ainda eu acho, era para dar feijão com grão para ele e era para dar o grão inteiro que ele sinta na boca, que era para ajudar a fazer cocô, vê se pode! Aí eu dou suquinho de mamão para ele. [Maise – seis meses]

O entendimento do tipo de alimentação a ser oferecido à criança está fortemente vinculado com a crença familiar. Neste segundo caso descrito pela informante, ela desconhecia a orientação da dieta rica em fibras ou que o feijão possui tal composição, tendo então ocorrido uma falha na comunicação entre essa cuidadora e o profissional do posto de saúde, resultando no insucesso da orientação.

Ao encontro desta orientação do profissional de saúde, uma pesquisa envolvendo 163 crianças num ambulatório em São Paulo evidenciou o maior índice de constipação em lactentes no desmame de leite materno e salientou a orientação quanto à introdução precoce de fibras alimentares, como cereais e frutas, em lactentes já desmamados. A pesquisa destacou que, para a criança que não estivesse mais recebendo leite materno, não haveria um limite inferior de idade para a introdução de fibras alimentares na alimentação, a fim de prevenir a constipação intestinal (MAFFEI et al., 1994).

Em outro momento, uma cuidadora leiga faz referência a uma orientação de uma profissional da saúde que solicita a ela, em seu acompanhamento simultâneo

da rede hospitalar, que confirme com a profissional da saúde da rede hospitalar a possibilidade de inclusão do sal na dieta da criança, como segue:

Ele [profissional da saúde] disse que com quatro meses, assim, dá para dar comida de sal para ele e tudo... Eu achei meio que estranho, achei que era com seis meses. Aí, ele disse assim, “ah, daí tu vai lá no hospital, que ele tá tendo acompanhamento, e tu pergunta direitinho para eles, mas eu acho que comida tu pode dar, papinha para ele”. [Micheli – três meses]

Devido às falhas na comunicação entre as cuidadoras leigas e as profissionais, a introdução de outros tipos de leites, líquidos em geral e alimentos sólidos era realizada de forma intuitiva e seguindo as orientações dos familiares e amigos da comunidade. Associações à introdução precoce de alimentos foram diversas, como seguem:

Vou começar com a mamadeira para ela, para ela se acostumar, para quando eu voltar a trabalhar. [...] A outra vó dela quer dar Nestogeno. Ah, cada vó quer dar uma coisa diferente! No começo, Nestogeno que ela gosta, se ela bancar. É caro. Eu falei que não dá uma coisa tão cara que depois eu não vou poder sustentar. “A vó sustenta”. Mas aí fala uma coisa e depois? Ela quer dar no começo para o organismo dela, mas eu estou achando que eu vou comprar de caixinha que é melhor, que eu boto uma receita, uma coisinha ali, porque cada lata é... Dei sempre leite de saquinho, nunca dei outro leite... pra sustentar depois? Não vão querer leite de saquinho, vão querer leite de caixinha, não tinha dinheiro para comprar outro, vai ter que acostumar com o do dia a dia. Como tenho o Bolsa Família e tem o auxílio do leite que ganha até os seis meses, eu busco lá. [Martina – um mês]

Agora mês passado ainda falei que estava dando a mamadeira, daí eles me aconselharam a dar o Nan, daí eu disse: “Olha, mas ela tá se dando bem com esse leite que eu estou dando, que era o que eu dava para o meu outro filho”. É o integral de caixinha. Daí, no início, eu fiquei com medo assim de ser muito forte, daí eu botava metade água, depois fui tirando e agora esta super bem. Primeiro eles disseram que o melhor era o peito, se eu tivesse o peito era o peito, mas é aquela coisa né, quem sabe de nós somos nós, então a doutora não vai estar aqui na minha casa. Não julgo ela, ela tá certa. O leite materno é bom mesmo, mas só que não adianta, meu leite estava fraco, não tive a quantidade de leite que eu tive para o meu outro filho. [Mirela – três meses]

A minha amiga começou a dar comidinha para o filho dela quando tinha quatro meses. Eu comecei a dar comida para ele acho que ele tinha cinco meses, e eu falei “ué, tão cedo”, é mas eu vou dar, mas ela não falava no posto que dava, até porque ela falou uma vez no posto, brigaram com ela e ela não falou mais. Até porque ela continuou dando comida, porque ele não queria só mamar, ele queria comida. Tem gente que às vezes fala que não, daí tu não fala. Não fala porque, assim, o pai e a mãe criaram um monte de filho, sabe o que vai fazer mal. Os médicos que arrumam coisa para, se bem que tem coisas que fazem mal, que se tu der menos quantidade, mas também não vai matar. [Melissa]

Analisando-se as falas, conclui-se que é necessário repensar as orientações que estão sendo oferecidas pelas profissionais da saúde. Para complementar a

avaliação das orientações dos cuidadores profissionais, uma informante leiga ainda refere:

Sabe que a doutora da clínica me disse, que muitos profissionais vão muito pelo livro, e isso já passou, tanto que ela disse, que quando a minha filha começou com bronquiolite, ela disse, “eu vou agir com a razão, porque se eu esperar pelos livros, eu vou ter que esperar ela ficar pior ainda para poder medicar”. Então, eu me apaixonei por essa mulher aí, assim funciona em casa, os doutores vão muito ali, leem, claro que eles estudam para isso, está certo, tanto que eles têm os seus motivos para falar, mas eu vou pelos de casa, principalmente pelos mais antigos, porque como eu sou do interior, não levava filho no médico, nem vacinava, nem nada. Claro, essa função assim de comida de frutinha, de papinha, eu vou por eles, porque graças a Deus, os meus filhos estão bem. Às vezes eu acho que é exagero de pessoas antigas, mas também eu acho que os médicos são muito ali, tem que ser aquilo e deu. Pela primeira vez eu achei uma que me disse isso, porque os médicos vão muito pelo que está escrito no livro, tanto que os de casa já não e tanto que eu tive exemplo, fui seguir os médicos e o meu filho passou fome, o pessoal de casa me disseram e o guri dobrou de peso. [Mirela]

Diante do exposto, sobre as práticas relacionadas a alimentação no cuidado leigo e profissional ao prematuro tardio, destaca-se que não foi referida em momento algum a correção da IG para a orientação nutricional do RN; há dificuldade na comunicação entre os leigos e os profissionais o que acarreta prejuízo ao desenvolvimento da criança; e existe um não reconhecimento mútuo das práticas realizadas, que não estão sendo considerados no cuidado.

## **6.2 Cuidado espiritual na prematuridade tardia**

A prática de cuidado espiritual foi evidenciada entre as cuidadoras leigas em diversas formas que se relacionam diretamente ao processo de cuidado à saúde da criança. Todas as mães possuíam uma crença espiritual, sendo muitas vezes associadas duas crenças; em um dos casos, uma mãe trocou de religião durante o acompanhamento. As crenças seguidas pelas mães foram o catolicismo, o evangelismo (Assembleia de Deus e Igreja Universal do Reino de Deus), espiritismo e umbandismo.

Inicialmente, duas mães referiam não ter religião alguma, entretanto salientavam que iriam batizar seus filhos na Igreja Católica. Uma delas não batizou até os seis meses de acompanhamento, mas continuava dizendo que estava vendo como faria para batizar. A outra mãe batizou seu filho em casa com os padrinhos.



Outras sete mães se diziam católicas, porém duas delas estavam associadas ao espiritismo e uma ao umbandismo. Estas afirmavam que batizariam na igreja ou em casa e que seus filhos teriam padrinhos:

A gente vai na Casa Espírita ali, que eles dizem que Espírita não é religião, ele só trata do espírito e da alma, do, né, da... Então, a religião, quem quer a católica, pode seguir... Então a religião a gente é católico, mas a gente se trata lá... [Maiseira – um mês]

Dessa forma, nove das 13 mães apontaram o catolicismo relacionado ao ritual do batismo e não de crença para uma frequência semanal ou mensal. O batismo foi associado aos padrinhos, que nesses casos eram pessoas próximas e que auxiliavam no cuidado da criança na ausência materna, ou em relação ao auxílio financeiro e com roupas, brinquedos e mobiliários:

Não, a Fernanda [filha] eu deixava com a minha comadre, ou com meu marido e ia sozinha. [Monique – um mês]

Foi tranquilo. Assim, nos lugares que eu tenho que ir, assim que eu não posso levar eles, eu deixo com ela [a madrinha]. Vamos supor, no fim de semana, nós saímos num domingo e ela ficou com eles. Aí durante a semana as minhas comadres de lá [outro bairro] ficam com eles, que aí ela trabalha e as de lá ficam com eles. [Monique – três meses]

A madrinha disse que não é pra mim comprar o bercinho, que ela vai dar um bercinho. A gente tá planejando ali um cantinho para colocar o bercinho, que não seja muito longe da cama. [Marcela – três meses]

Eu deixo com a minha futura comadre, ela fica com ele daí. [Marcela]

Ele ganhou o anel da madrinha dele. Não servia antes, aí eu coloquei no dedo do meio, aí ficou apertado. Aí eu coloquei no outro, vamos ver até quando vai. [Maria – um mês]

Aí já deixei ele com a madrinha dele, foi caso de emergência. [Mirian – seis meses]

A escolha dos padrinhos é feita pelo grau de parentesco ou por proximidade do seu domicílio, o que auxilia diretamente no cuidado à criança na ausência materna:

Sim, já voltei a trabalhar. E daí eu não paro mais, principalmente até 13h por aí, 13h15min. É aquele horror, uma correria, é banho de filho, colégio, daí a Filomena grita. Mas ainda bem que vem a minha sobrinha ao meio-dia e ela me ajuda. Ela mora ali [apontou casa ao lado], e ela é madrinha da Filomena também, ela parece assim meio antipática, mas é gente boa. Mas está tudo bem, graças a Deus. [Mirela – três meses]

Uma mãe ainda refere que, escolhe os padrinhos como sendo pessoas que cuidarão das crianças como se fossem seus próprios filhos:

Eu estou vendo agora, não batizei ainda, mas quero, só não tenho os padrinhos definitivos assim para ela. Tem uns, só que eu estou em dúvida, porque eu quero alguém que dê atenção para ela sabe, porque padrinho é como se fosse assim uns pais, para dar atenção, carinho. É mesma coisa, como se eu não estivesse aqui mais, ia estar os padrinhos. [Marieta – um mês]

Das nove mães que referiram o catolicismo como sua crença religiosa, uma batizou seu filho em casa, uma na igreja e duas mães batizaram seus filhos em casa e na igreja. As outras mães relataram que ainda batizariam, mas não tinham conseguido até o momento. Uma das mães que não batizou seu filho admitiu que estava vendo como iria fazer, pois os padrinhos não tinham o curso necessário para o batismo:

Ainda não batizei, a gente já falou com os padrinhos. Daí a gente vai combinar direitinho, porque tem que fazer o curso primeiro. [Marcela – três meses]

As outras quatro mães disseram ser evangélicas da Igreja Universal do Reino de Deus ou da Assembleia de Deus, levando seus filhos à igreja para uma apresentação à comunidade. Dessas mães, três tinham uma frequência semanal ou quinzenal, na qual levavam as crianças junto para a igreja. A outra mãe que apontou ser evangélica devido à crença de sua mãe apresentou a criança na igreja, tendo-a também batizado em casa pela Igreja Católica, que seria a crença de sua sogra.

Uma das associações realizadas por uma mãe foi em relação à sua mudança de religião durante o período de coleta de dados desta pesquisa. Ela era católica e converteu-se para a Igreja Evangélica, por ser convidada por uma amiga. Essa mãe estava separada do marido e não possuía auxílio para o cuidado de seus filhos. Assim, sua amiga, vendo seu estado de depressão e extrema dificuldade familiar, convidou-a “para ter um consolo e guia divino”, o que lhe deu forças para manter o cuidado consigo e com seus filhos:

Eu entrei com a intenção, porque uma mulher que me falou, “Ah, tu acredita em Deus? Porque tu tem que acreditar, tem que ter fé. Deus te deu dois filhos lindos, que caminham, bem de saúde”. E é verdade, isso aí eu não estava reconhecendo. [...] E tem essa escolinha da Universal, que é muito bom. E é muito bom para eles e também, depois de grande, não vai ter sido criado que nem um marginal, ainda mais no lugar que eu moro, tipo aqui, que eu sei, eu me criei desde pequena já me oferecendo maconha e tudo. E não caí nessas garras pela graça de Deus, porque deve ter sido uma coisa muito forte que me impediu, porque eu tinha amizade que fui criada desde pequenininha e hoje seguiram um caminho diferente. [Marieta – três meses]

Analisando a fala anterior, pode-se inferir que a igreja é utilizada como uma espécie de apoio emocional, que lhe auxilia frente à violência e à saúde da criança, dando-lhe uma fonte de crença e força espiritual, sendo um guia de vida.

A crença foi referida também como um estímulo, que influencia diretamente o modo de vida das pessoas e a forma como veem a realidade que as cercam:

É o que está me ajudando, porque a gente, a gente sofre um bocado, mas no momento que a gente mais precisa de Deus, como é que eu vou te falar, quando a gente está num momento muito bom, a gente não pensa em Deus, a gente não agradece. Aí, num momento de sufoco, que a gente está passando por um inferno, daí a gente começa a pensar em Deus, volta e meia. Até é meio preconceituoso isso, porque tem gente que não respeita, daí eu começo a orar de noite, e eu acho que é isso aí que está me dando força. [Marieta – três meses]

Duas mães foram influenciadas diretamente pelas suas crenças espirituais no processo de cuidado da saúde de seus filhos. Ao frequentarem um centro espírita, uma das mães relata receber orientações que direcionam o cuidado leigo em relação à alimentação e ao processo de saúde-doença, crescimento e desenvolvimento da criança:

Falaram [no centro espírita] que ele está bem. Para mim, como eu fiz cesárea, falaram para mim tomar chá de malva, chá de malva bem fraquinho e para o leite mandaram eu tomar Malzbier, cerveja preta. Estou tomando e está adiantando. [...] Disseram só para continuar dando os chazinhos, que é bom para ele e falaram que ele está bem, super bem. [Maise – um mês]

É, eles [no centro espírita] tinham falado para mim perguntar no posto se dá para dar leite de cabra para ele. Porque leite de cabra é o mais próximo da mãe. Ou misturar assim no leite, na mamadeira, ou o leite de vaca misturar assim no Nan para dar pra ele. [Maise – seis meses]

Eu ia apresentar ela para lua, a lua nova, ou a lua cheia, para não ter cólica, mas aí tinha que ser no sétimo dia da lua cheia, ela veio antes, a lua cheia foi embora antes, não deu tempo, a gente apresenta ela de bundinha para lua e diz umas coisa lá, mas aí diz que tem que ser o sétimo dia da lua nova. Quando ela chegou em casa, já tinha três dias de lua nova, daí não deu pra apresentar. [Mirela – um mês]

Em relação ao desenvolvimento, uma das mães contou que participava do coral da igreja e levava seus filhos em todos os ensaios, assim ele já iniciaria o seu desenvolvimento com estímulo musical e pelo contato direto com outras pessoas:

Levo [na igreja], porque eu tenho que reger o coral, e ele vai comigo. Eu fico regendo o coral e ele fica do meu lado! Ele acostuma, ele é o mascote do coral, ele é o xodozinho de todo mundo. É, um pega, por isso que ele tá baldoso, cada um chega, abraça, beija. [Melissa – um mês]

Mas todos os sábados ele está acostumado [ir no ensaio do coral], aí o tio toca e todo mundo canta, o pai toca, então ele é muito musical, muito musical, então tudo que tem barulho ele se encanta. Ele está muito esperto, muito serelepe. [Melissa – seis meses]

Outra crença expressa pelas cuidadoras leigas foi em relação à benzedeira, que seria uma pessoa com maior poder de oração para que protegesse seu filho contra inveja, raiva e outros fatores que pudessem estar fazendo com que seus filhos não se desenvolvessem adequadamente:

Tem os padrinhos, mas levei ele na benzedeira também. Daí ele fica mais calmo. [Mirian – seis meses]

Sabendo que a crença espiritual está diretamente ligada às ações de cuidado leigo, salienta-se a importância de os profissionais da saúde conhecerem tais crenças e condutas para realizarem uma orientação associada a estes comportamentos, de forma a respeitar as crenças leigas e promover um cuidado integral ao prematuro. Durante as entrevistas, nenhum dos cuidadores profissionais referiu qualquer relação de espiritualidade presente nas orientações ou nas condutas.

### **6.3 Higiene e conforto do prematuro tardio**

Os prematuros tardios apresentam uma imaturidade fisiológica e imunológica maior, se comparada aos recém-nascidos a termo, o que representa a necessidade de maiores cuidados relacionados a fatores alimentares, metabólicos, de higiene, entre outros (PICONE; PALAOLILLO, 2010). Assim, torna-se um ponto fundamental discutir as práticas de cuidado relacionadas à higiene dessas crianças, estando intimamente ligadas às condições de saúde.

Como questão inicial da higiene, discute-se sobre a forma de cuidado relacionada ao banho dessas crianças. Foram vários os achados a respeito dessa temática, como: processo inicial de aprendizagem, formas de realização do banho, frequência e adição de componentes à água do banho.

As mães indicaram que, ao chegar em casa com seus filhos, se deparavam com a responsabilidade integral do cuidado do filho pequeno e, para isso, recorriam aos ensinamentos adquiridos no hospital e com os familiares. Diziam ter medo de cuidar e pegar, devido ao tamanho e ao peso do RN, não relacionando com a IG.

O processo inicial de aprendizagem do banho foi apontado pelas mães como sendo realizado no ambiente hospitalar ou com a própria família. Uma das mães que teve seu filho internado na UTIN e não pôde acompanhar nenhum banho realizado no ambiente hospitalar; e ao chegar em casa, recebeu auxílio de seu pai, o avô da criança:

Não disseram nada. Meu pai quem me ajudou, porque eu não tinha dado banho num nenê ainda. Daí o pai encheu a banheira e ia dar o banho e começou a dar o banho. [Melissa – um mês]

O auxílio representado pelo gênero masculino começa a ser um fato cada vez mais presente. Outra mãe referiu que, ainda no ambiente hospitalar, quem deu o primeiro banho foi o pai da criança, pois foi ele quem aprendeu com a equipe de saúde a dar o banho.

O primeiro banho foi no hospital, foi o meu marido. Daí em casa foi eu. [Maria – um mês]

O constrangimento diante dos profissionais da saúde faz com que as mulheres acabem não querendo se expor frente aos profissionais em relação ao cuidado de seus filhos, visto que, se o gênero masculino “errar”, ele não será repreendido, pois geralmente esse cuidado é de responsabilidade da figura feminina, podendo inclusive ser valorizado o ato de o pai da criança participar do cuidado.

Uma profissional da saúde ressalta que o fato de os avôs – homens – estarem auxiliando no cuidado com a criança começa a ser mais frequente, pois estes têm mais tempo para assessorar seus filhos e muitas vezes se encontram no domicílio por já serem aposentados ou estarem desempregados. Nesse sentido, ressalta-se a relevância de incluir os familiares nas orientações de cuidado à criança, e não direcioná-las apenas para a mãe.

Outra figura importante no auxílio ao cuidado da criança é a avó. Esta é a pessoa mais respeitada e valorizada, pois já tem o conhecimento prévio de cuidar de seus filhos; seguindo-se seus ensinamentos, há a repetição do cuidado:

É que a minha mãe já tinha dado [banho] e eu já sabia, porque eu vi ela dando no meu irmão. E eu vi ela dar e assim eu fiz. [Micheli – um mês]

Quem deu o primeiro banho e dá até hoje é a minha mãe, ela não deixou eu dar o banho ainda. [Merilin – um mês]

Algumas mães assumiram o cuidado integral da criança com autonomia e confiança, auxiliando os demais no cuidado com o seu filho prematuro:

Eu. Fui eu que dei [banho]. Porque o pai dele pega ele assim ó, com um travesseirinho, até assim para pegar no colo, mas eu tenho que estar por perto. Ele tem medo de trocar, ele tem medo de dar banho, ele fica em volta quando eu dou banho, fica brincando com ele, mas ele não tem coragem ainda, de pegar e trocar, botar a roupinha nele. De repente agora quando ele ficar maiorzinho, eu ensino. [Marcela – um mês]

As formas de dar o banho nas crianças se diferenciaram em relação à queda do coto umbilical e à temperatura do ambiente (inverno ou verão). Entre essas variáveis, os banhos realizados foram de esponja, imersão ou aspersão. O banho de esponja era realizado antes da queda do coto umbilical e em dias frios. Já o banho de imersão era realizado pela maioria das mães, e o de aspersão apenas depois de as crianças completarem mais de dois meses após a alta hospitalar:

O banho, eu dava banho de fraldinha, molhadinha em volta assim. Tinha gente que dizia, “Ai, por que tu não dá banho normal, que que tem?” É que daí custa a fechar, aí que não seca nunca. Depois que caiu, daí eu me atraquei a botar ele no banho, dou banho duas vezes ao dia nele. [Marcela – um mês, entrevista realizada no verão]

Estudos internacionais, com diferentes desenhos metodológicos, ao fazerem a comparação entre o banho de esponja e o banho de imersão, comprovaram uma melhor estabilidade térmica, menor agitação, maior satisfação tanto do recém-nascido quanto de sua mãe no banho de imersão. Não foram observados sinais flogísticos no coto umbilical em nenhum tipo de banho, entretanto o coto foi avaliado, nestas pesquisas, apenas no período de internação hospitalar, sem acompanhamento domiciliar (BRYANTON et al., 2004; MEDVES; O'BRIEN, 2004; VARDA; BEHNKE, 2000).

Em momento algum foi referida, pelas informantes leigas ou profissionais, a diferenciação entre os banhos em relação à estabilidade térmica das crianças, visto que são crianças nascidas prematuramente e deveriam receber maior atenção nesse aspecto.

Apenas duas informantes leigas deram banho de imersão antes da queda do coto umbilical; as demais deram banho de esponja. Os banhos de imersão explicados pelas mães eram com o método humanizado, na qual a criança era enrolada em um pano, sendo molhada e descoberta dentro da banheira de forma gradativa. Pode-se observar que essa técnica foi ensinada às mães em diferentes redes hospitalares. Contudo, a ordem do banho não foi entendida por todas as

mães, visto que duas delas não iniciavam por região cefálica, aumentando o risco de contaminação fecal:

Não, eu lavo todo o corpo, o rosto é por último, porque eu lavo a cabeça, aí ele começa a chorar. Não gosta muito. [Merilin – três meses]

O banho, a gente pegava uma... Elas enrolavam numa fralda aí colocavam ela na água para ela não levar o susto da água, aí lavava primeiro o corpinho dela, aí o rostinho e o cabelinho para ela não chorar. Funcionou! Dei banho nela assim até agora, ela adora tá na água. Adora! [Maria – um mês]

As demais cuidadoras leigas seguiam a ordem cefalocaudal, testando a temperatura da água:

Primeiro, pego o paninho, molho a fraldinha, passo na cabecinha dela, molhadinho. Passo primeiro molhadinho, depois passo com sabonetinho, depois tiro com a fraldinha para não cair água nos ouvidinhos dela, e passo um paninho úmido no rostinho sem sabão, depois eu lavo o corpinho. [Mariana – um mês]

Nos primeiros banhos, outro ponto salientado foi em relação às fontanelas. Duas mães relataram episódio de seborreia, devido ao medo de tocar e lavar a cabeça na região das fontanelas, necessitando intervenção dos profissionais da saúde:

Aqui na moleira dele, ah eu perguntei para ela [profissional da saúde], tinha uma casca bem grossa, daí ela falou para passar uma vaselina ali, falou que eu tinha que limpar. [Merilin – seis meses]

A dificuldade das cuidadoras leigas em lavar a cabeça de seus filhos devido ao medo de provocar lesões nas fontanelas, esteve associada ao fator climático. No período do inverno, as mães relataram não dar banho todos os dias em seus filhos, chegando uma das cuidadoras leigas a ficar 20 dias sem realizar a higiene adequada em seu filho. Justificaram o fato devido ao inverno rigoroso, por medo de as crianças ficarem doentes e por causa das condições precárias de moradia, não tendo forro no teto, ou paredes de alvenaria, ou portas que vedassem as correntes de ar, preferindo então não realizar o banho de imersão em seus filhos. Algumas mães relatavam dar banho de esponja, entretanto desconheciam que essa forma de banho levaria a uma perda maior de calor do que o de imersão:

Agora eu estou dando banho, é que eu estou arrumando lá dentro, que embaixo tem um porão, e lá é de tábuas assim, sabe? E daí agora a gente vai arrumar, botar tudo novo, vai tirar aquela tábua lá, vai tampar tudo... Daí como não é parede, assim, eu dou banho nele em dia que não está assim tão frio... Só que daí eu dou um banho reforçado de dia, assim, no horário

do meio-dia, uma hora que o sol está mais forte... Para eu poder dar banho nele. [Micheli – três meses]

Olha, eu não vou te mentir, eu dou banho um dia sim, um dia não, depende do frio. [Mirian – três meses]

Banho eu não tô dando muito não, daí o que que eu faço: não é banho, mas, assim, eu lavo a cabeça quando não está muito frio e o pescoço dela, porque criança suja muito aqui e lavo ela só. Mas banho, assim, toda ela, eu não lavo, porque é muito complicado, sei lá, daí quando está frio assim eu não dou banho nela. [Marieta – um mês]

No caso da cuidadora leiga que não deu banho no prematuro por 20 dias, ela contou que dava banhos apenas com lenços umedecidos, primeiro devido à presença do coto umbilical, e após a queda por causa do frio. Essa criança sofreu complicações na pele, com necessidade de intervenção clínica.

As profissionais da saúde reconhecem a dificuldade dos pais em dar banho nas crianças durante o inverno e não houve um consenso nas orientações, pois indicam a importância do banho na higiene das crianças mas enfatizam condições precárias de moradia, como nos relatos:

Talvez medo, medo porque vai pegar um pé de vento. Uma corrente de ar, ficar resfriado. Elas têm dúvida até quanto ao espirro da criança. Se eles espirram, elas já dizem “Ah, ele se resfriou. Tá muito frio vou só passar um paninho”. As casas são muito frias. Depende da casa, é muito fria, ou muito úmida. Não tem um local apropriado pra dar banho no bebê. Muita fresta. Também são situações variadas, a gente não sabe. Ou a mãe ou avó dizem, não precisa dar banho, até os sete dias não se dá banho. Uma vez teve uma criança que passaram óleo na criança porque disseram que era pra passar óleo. Mas e aí foi a avó que disse: “Tu não pode, né? É complicado”. Inclusive nós, quando pesamos as crianças, porque é a gente que pesa e mede, muitas a gente diz, tu tem que dar banho nessa criança. Outras por relaxamento mesmo. Outras a gente sabe que são relaxadas mesmo. Não dão porque não se interessam. Mas a maioria, a maioria é porque elas têm medo que a criança fique doente por ter tomado banho. [Pérola]

Esta questão do banho às vezes eu não sou muito rígida. Porque a gente sabe assim que, da estrutura precária que talvez não tenha água quente, ou não tenha o suficiente, talvez não tenha um local abrigado que a pessoa possa dar banho naquela criança, então eu acho complicado né, uma imposição assim. Eu acho que é importante orientar que tenha alguma higiene, até um banho de gato, com paninho úmido então, se a mãe acha que não dá pra dar um banho né. E acredito que elas não deem o banho em função disso não acho que seja alguma coisa de “Ah, não se dá banho em bebês”, alguma coisa cultural, ou “Ah, são preguiçosas”, acho que não. Acho que tem esses outros problemas, assim. [Pedrina]

Uma profissional da saúde relatou uma estratégia utilizada na comunidade como forma de ensinar o banho e auxiliar na higiene dessas crianças ao chegarem em seus domicílios:



Tinha épocas que a gente ia na casa e ensinava a dar o primeiro banho. As madrinhas do primeiro banho. A gente marcava e ia. “Ó, a gente vai na tua casa lá pelas 10h, já coloca água pra esquentar e tal”. Porque muitas tinham medo de dar banho na criança. E a gente ia. “Coloca aqui, não tem bacia? Vai num balde. Aqui em cima da cama pra ti não ficar muito dobrada”. A gente ensinava, lavava. Já preparava a roupinha. E pronto, não tinha mistério. Elas têm medo. Até as que já têm filho, também. E as mais velhas pior. As que têm mais idade. Mães de 30 e 40 anos. Então elas dizem “é difícil, Pérola, porque pra mim é muito novo. É tudo diferente. Eu não passei isso com os outros. Não vou saber fazer”. Então a gente tem que ensinar. [Pérola]

Uma estratégia referida por outro profissional foi quanto à busca ativa das famílias que estavam sem cobertura de agentes comunitários:

Teve o caso de extrema dificuldade com um bebê que não tomava banho. Criou seborreia crônica em todo o corpo e para fazer a manutenção e higiene desta criança solicitava que fosse todos os dias no posto só para conversar e dar notícias, pois não tinha equipe suficiente para fazer as visitas e busca ativa. [Paula]

Algumas mães também referiram estratégias utilizadas para conseguirem dar banho em seus filhos nos dias de frio, sem que estes sofressem algum problema, na percepção delas:

Lá em casa, só o quarto é bem fechado, então quando estava muito frio e eu queria dar banho nele eu fazia uma cabaninha no berço e botava a banheira ali dentro e dava banho. Fechava bem a casa e dava banho, tinha dias que eu não podia dar banho, então pegava uma bacia e um sabonete e dava banho de gato na cama mesmo, para ele não ficar doentinho. [Melissa]

O banho está mais para meio-dia. É que está mais quentinho. [Maisa – seis meses]

Uma das mães fez uma análise sobre o clima relacionado ao banho, entretanto mantinha seu posicionamento de medo em relação aos banhos de imersão realizados no inverno:

Eu não posso dizer por que eu dava banho nele aqui no quarto. O quarto é grande, então até aquecer, se tu dá banho ali [banheiro], ali tem o forro, daí eu já levo a roupinha e visto, mas antes eu dava banho no quarto. Volta e meia ele estava resfriadinho, então ele [pai da criança] dizia que não era para dar banho nele todo dia, então eu não dava. Agora como eu estou dando no banheiro, já pego a roupinha dele, aí não tem perigo. Eu comentei com ela [profissional da saúde] que eu dava banho nele quase todos os dias, e ela “não é por causa do banho, é por causa da mudança de temperatura, a mudança brusca, o bebê sente muito, independente de tomar banho todo dia ou não, mas o fato de tomar banho todo dia não tem nada a ver”. [Marcela]

No período do verão, as cuidadoras leigas afirmavam dar banhos frequentes, chegando a três banhos por dia, para que reduzissem os sinais de estresse, brotoeja

e assim ficassem mais calmos. Nesse período, diziam também utilizar talco para que não ficassem com assaduras, mas desconheciam qualquer dano que este pudesse realizar em relação às afecções respiratórias.

Com o passar dos meses de acompanhamento, novas formas de banho foram sendo introduzidas nas rotinas diárias, como o banho de chuveiro com auxílio de avós ou pai da criança e o banho de piscina no verão. Outro ponto referido por uma mãe foi a busca na *internet* de uma nova forma de banho para que seu filho ficasse mais calmo, o banho de ofurô, entretanto essa cuidadora leiga admitiu que é muito caro o balde específico para esse banho, não sendo realizado nem tentado em outro balde comum:

Sim, agora é o pai. Ah, ele tomou o primeiro banho de chuveiro dele agora domingo com o pai dele. Bem quietinho, ele gostou, ficou bem parado. [Maria – três meses]

A minha mãe que dá banho nele. Ela dá banho de chuveiro, eu não dou ainda. [Merilin – três meses]

Toma com a vó de manhã, é aquele banho na banheira. Depois uma duchinha de tardezinha eu dou uma duchinha nele, para ele descansar depois antes de dormir. Eu dou um banhinho nele de tardezinha, de chuveiro, é isso. [Márcia – seis meses]

Eu quero dar, comprar um balde e dar banho de balde nele. É mais seguro pra ele. Porque a bacia é muito larga, fica caindo dos lados. Eu vi na internet isso, as crianças que tomam banho no balde e não na bacia. Eu estava vendo que é bem mais confortável. [Marcela – três meses]

Nos banhos de imersão foram relatadas, pelas cuidadoras leigas, algumas práticas de cuidado em relação à água do banho, na qual era colocado álcool, chá de camomila e cachaça para deixar as crianças mais calmas, ou aveia para hidratação e recuperação, como a seguir:

Ah, todo mundo fala um pouquinho. Aí me ensinaram a dar banho nele com chá de camomila, ferver a água que vai dar o banho e colocar o chá quando ele está resfriado, que ajuda a curar mais rápido, que o chazinho relaxa. E me ensinaram a colocar cachaça, uma colherinha assim [pequena] no verão relaxa ele e tira tudo as brotoejas, essas bolinhas tira tudo. Coloca só um pouquinho né, só pra ficar fresquinha a água. [Melissa – um mês]

Eu uso sabonete, na água eu boto um pouquinho de álcool, e depois eu uso sabonete e xampu. Não, porque eu gosto do cheirinho que fica. Tem um cheirinho de hospital [risos]. [Márcia – três meses]

O banho, como ele tá com, né, com os farelinhos, a minha mãe que tem filha, ela disse que é bom dá banho, assim quase pra morno assim, e com maisena, ah eu dou banho de maisena. Ah, mas sempre foi com sabão de glicerina, sempre, sempre. Creme foi aquele colônia, daí deu alergia também, daí peguei e tirei, agora só banho de maisena. [Mirian – um mês]

As cuidadoras leigas relacionaram o banho com a alimentação das crianças. Apontaram que após o banho era necessário preparar uma mamadeira de leite complementar, para que as crianças pudessem ficar calmas e dormir:

Eu dava banho, só que primeiro, antes de dar banho nele, eu já expliquei isso para babá até, tu tem que fazer a mamadeira dele e dar banho, porque depois que tu der banho, se a mamadeira não estiver pronta, ele abre a goela e não tem quem acalme. Eu deixava a mamadeira pronta, dava banho e pegava a mamadeira correndo e já dava para ele. [Maria – três meses]

Após, o banho algumas mães passavam talco em seus filhos; uma passava óleo, realizando uma massagem corporal; e todas negavam utilizar cremes.

Quanto à queda do coto umbilical, uma das informantes leigas referiu medo em realizar o cuidado, sendo que uma madrinha se ofereceu para auxiliá-la, entretanto a mãe conseguiu fazer o cuidado de forma integral. Outra informante leiga também tinha receio, e os avós da criança a auxiliaram.

Não, nos primeiros dias eu não dei [banho] por causa do umbigo, a minha sogra deu e meu sogro... Eles deram tanto tempo que caiu o umbigo na mão deles. Mas eu não dei banho nos primeiros dias, fiquei com medo. [Martina – um mês]

As soluções passadas no coto umbilical para a sua queda foram primeiramente orientadas no hospital, sendo questionadas na primeira consulta nos postos de saúde com sete dias ou mais de vida. Entre as soluções referidas pelas cuidadoras leigas, encontram-se: álcool 70%, soro, óleo Dersani® e nenhuma substância.

As orientações a respeito do cuidado com o coto umbilical referido pelos profissionais, evidenciadas em várias falas, indicam o uso de álcool 70%, porém essas orientações algumas vezes foram mal interpretadas. Salienta-se ainda que as instituições hospitalares não fornecem soro fisiológico para o coto umbilical, e o óleo Dersani® é utilizado para as fissuras mamilares:

Me deram um sorinho para limpar o umbigo dela. Daí eu limpava com aquilo ali, depois do banho eu limpava e daí caiu, deu sete dias certinho e caiu. Aí depois que caiu o umbigo dela aí eu dava banho. Eu ficava nervosa, porque ela era muito pequenininha, mas agora eu dou banho normal nela. [Martina – um mês]

Tinha um negócio que eles me deram, um oleozinho lá no hospital. Daí limpava com cotonete. Quantas vezes a gente quisesse. Mas eu limpava três vezes. [Monique – um mês]

Tinha que cuidar bastante o umbiguinho dele, que não tinha caído. Aí me deram um álcool 70%, que era pra mim passar três vezes ao dia em volta

do umbiguinho dele, para poder cair. Me ensinaram a dar banho nele direitinho também. [Maria – um mês]

Me deram um álcool diferente, para passar no umbigo com cotonete, mas eu tive que ir ali no posto para me explicarem como fazer para cuidar do umbigo dela, lá no curso do banho. Acho que eles estavam muito na correria e daí não me deram, porque eu vi que eles estavam dando. [Marieta – um mês]

Levou nove dias para cair o umbiguinho. Mas não disseram para passar nada. [Mirela – um mês]

Uma das crianças ficou com um granuloma umbilical após a queda do coto, e a mãe foi orientada a passar nitrato de prata no granuloma, em seu domicílio. Com o passar do tempo, apresentou discreta quantidade de secreção purulenta no local, indo solicitar auxílio no posto de saúde, mas sem sucesso:

Ela [profissional da saúde do posto] disse que ele estava bem. Até eu disse do umbiguinho dele, que não estava bem. Daí ela disse para colocar um pouquinho de azeite no umbiguinho dele, mas eu não passei, eu não quis arriscar. [Melissa – um mês]

Dessa forma, levou seu filho a uma instituição de saúde de maior porte para outra avaliação, na qual foi recebida por uma equipe multiprofissional de ordem acadêmica:

Me deram o nitrato de prata para passar em casa. Mas acabou queimando o umbiguinho dele e não adiantou, não secou. Aí eu tive que consultar com ele lá no postão. Lá tem uma equipe da UFRGS de pediatras de estagiários e mais um professor. Daí eles quem olharam, e vão fazer a avaliação dele até dois, três anos, vão acompanhar ele até os três anos. Daí me mandaram o álcool 70% para passar e está secando mais rápido que o nitrato de prata. [Melissa – um mês]

Em relação às faixas umbilicais ou umbigueiro, nenhuma das mães utilizou, entretanto quatro delas foram orientadas pelos familiares nesse sentido. A não utilização das faixas ocorreu devido à orientação dos profissionais e por busca própria de conhecimentos:

Ela [avó da criança] falou que quando eu era pequena ela botava uma faixa na barriga, só que eu li no, tem aqui nesse coisinha aqui [caderneta da criança], eu vi que não pode botar faixa nem nada. [Merilin – um mês]

A minha sogra mandou colocar uma moedinha, e uma faixa. Ela disse que no meu marido ela fez isso né, e ele tem o umbigo bem bonito. Ela dizia que tinha que colocar o medalhão e depois essa faixa e ficava com o umbigo perfeito. Mas eu não botei nada. É que os antigos que falam. Até porque na carteirinha dele está escrito que não é para fazer nada disso. É os antigos que fazem. Eu li toda a carteirinha dele. Tem um monte de coisa legal na carteirinha. [Melissa – um mês]

Segundo a fala de Melissa podemos ressaltar também a relevância dos profissionais da saúde em explicarem as informações contidas na carteira da criança para que os pais possam ler e se basearem nas informações ali contidas.

A respeito da higiene oral, este não foi um tema referido pelas mães como orientação recebida. Nas entrevistas com as profissionais, também não foi mencionado. Entretanto, uma mãe admitiu receber orientações de um profissional da saúde e outra recebeu informação de uma vendedora de roupas em uma loja comercial:

A médica disse que tem que passar pasta na gengiva, eu estou passando. [Merilin – seis meses]

Eu não estava limpando, porque ninguém me disse nada, eu perguntei e não me disseram nada. Daí ficava toda aquela gordura na língua e é até feio aquela gordura na língua de leite. Sempre que ele abria aquela boca ficava aquela língua. Aí me ensinaram a ferver a água e colocar o chazinho de camomila e pegar uma gazezinha um paninho, enrolar no dedo e colocar e limpar que aquilo solta. Foi uma senhora, que a gente foi comprar umas roupas, e daí ela ensinou. Daí eu fiz né e ficou bom. [Melissa – um mês]

As unhas das crianças estavam sempre limpas e curtas, sendo apontado apenas por uma das mães como uma rotina de higiene necessária; as demais cuidadoras leigas e profissionais não falaram nada sobre isso, sendo apenas observado pelas pesquisadoras:

Ah! Vejo na TV, vejo com ele, como se amamenta, como se dá banho, cortar as unhas, procuro cortar as unhas dele quando está de noite para não machucar, tudo a gente vai aprendendo na TV, olho muito aquele programa da Ana Hickmann, programa da Eliana, eles falam muito de criança, daí a gente vai aprendendo. [Mirian – um mês]

O cuidado nas trocas de fraldas foi realizado inicialmente, pelas cuidadoras leigas, com lenços umedecidos, acarretando lesões perineais, sendo então orientadas pelos profissionais da saúde a utilizarem panos com água. Após o terceiro mês de vida das crianças, as mães já utilizavam lenços umedecidos novamente:

Uso lenço umedecido e passo pomada, estou usando a baby, da farmácia. [Márcia – um mês]

Com paninho, a gente estava usando o lencinho, mas daí acho que deu assadura. [Maise – três meses]

Bom, o pano umedecido não deu certo, deu alergia, fica um vermelho horrível, não podia nem tocar nele, tu olhava e dizia, “a mãe não cuidava”, mas não, era do pano. Eu levei ele no posto, e ela disse, não precisa nem

me mostrar nada, é do perfume, se quiser passar, passa na roupa. [Mirian – seis meses]

Durante a coleta de dados, foi possível observar algumas trocas de fraldas sendo estas registradas como anotações nos diários de campo. No caso de uma das cuidadoras leigas foi possível questionar sobre a conduta sendo negada como segue:

Durante a entrevista do terceiro mês, a avó pega a criança para trocá-lo, entretanto a troca foi realizada com papel higiênico. Na entrevista do sexto mês, a mãe nega a utilização de papel higiênico, talvez tenham utilizado uma vez devido a um imprevisto ou sabem que a troca deveria ser feita com pano ou algodão com água e preferiram omitir a real forma que realizam esta troca de fraldas. [Diário de campo]

A coleta de dados com a observação auxilia na obtenção de dados relevantes, pois em uma consulta com um profissional da saúde as cuidadoras leigas muitas vezes não relata a forma como está sendo realizando o cuidado. Assim, é através da observação que se podem confrontar os dados coletados, gerando subsídios para inclusões de novas orientações para o cuidado de tais crianças.

Outra situação observada durante as entrevistas foi a troca de fraldas de uma menina que havia evacuado, e a higiene ocorreu no sentido posterior-anterior, aumentando o risco de infecções do trato urinário. Durante as entrevistas com os profissionais da saúde, a troca de fraldas foi abordada, entretanto não foi ressaltada a necessidade de ênfase na orientação da forma de troca, mas sim em relação ao não uso de lenços umedecidos.

Sobre a quantidade de roupa a ser utilizada nas crianças, as profissionais apontaram haver a necessidade de orientar para evitar o superaquecimento da criança, mas não relacionando ao aumento do número de peças de roupas. As cuidadoras leigas, por sua vez, confirmam essa afirmação, referindo a necessidade de retirada de roupa durante as consultas.

Em relação à quantidade de roupas colocadas nas crianças, mesmo com a orientação profissional para o não superaquecimento, os pais seguem as orientações de amigos e familiares, pois consideram que eles conhecem a sua realidade e a casa onde moram:

Ah, todo mundo diz para eu pelar ele, que eu enchia ele de roupa, aí diziam para pelar. Aí eu fui na doutora e ela disse: “Tu não me enche esse guri de roupa, se não vai dar brotoeja nele”. É que às vezes não sei se tá frio, se tá

quente, esse tempo é meio louco, não dá para confiar. É que se eu estou com frio, então ele tem que estar com frio também, lá em casa é fresquinho, mas dentro de casa é abafado. [Melissa – três meses]

Outra informante leiga novamente afirma não ter uma receptividade por parte dos profissionais da saúde, com uma abordagem inadequada, sentindo-se desconfortável durante a consulta:

Na primeira consulta eu fui levar ele ali no postinho e me deram um xingão, porque ele estava cheio de roupa. Eu achei que ele sentia bastante frio, aí levei ele cheio de roupa e a enfermeira me deu um xingão, porque ele estava cheio de roupa, e o mesmo calor que a gente sente ele sente. Eu não sabia, achei que ele sentisse frio. Daí a minha mãe e a minha sogra diziam que ele sentia frio, aí me xingaram. Ele não dormia bem direito de noite, porque estava com muita roupa, aí eu comecei a deixar com menos roupa assim, e ele está tranquilo. Eu achei que ele sentia frio sempre né, mas não sentia. [Maria – um mês]

Em relação às condições da moradia, os familiares orientam a não utilização de muita roupa para se acostumarem desde pequenos com o ambiente que serão criados, pois não terão condições de aquecimento adequado:

Aqui ela [mãe da informante] fala assim: “Ele tem que se acostumar com o ambiente”. [Melissa – um mês]

Devido ao alta ocorrência de patologias respiratórias, uma familiar refere o cuidado de não deixar a criança suar e ir para o vento. Entretanto destaca-se que este cuidado é realizado inclusive no verão, como segue no diário de campo:

[...] calor de 37°C na rua e fogão a lenha dentro de casa aceso. Avó desliga o ventilador da sala, pois o bebê tinha tomado banho e referiram ter medo que a criança ficasse com resfriado. Religou o ventilador após 40 minutos.

A quantidade de roupa a ser colocada na criança, pelas mães, foi bastante intuitiva. As próprias mães escolhiam e colocavam de acordo com a sua percepção. Uma delas morava em um local mais alto e, quando ia sair de casa, ligava para uma comadre, que era sua vizinha, e perguntava como estava o clima na rua e o que ela deveria colocar em seus filhos. As outras mães seguiam sua percepção e orientações de familiares:

Ah não, isso aí eu vou no chute, daí eu pergunto pra minha mãe se ela acha que tá bom. Às vezes eu fico com dúvida, pra saber se ele está com frio ou calor. Uma vez até lá no posto ela disse que ele estava com muita roupa, mas ele estava com a mãozinha gelada. Daí ela disse que não era só pela mãozinha que eu ia ver, daí ela disse pra eu ver se ela está suando e tirar um pouco de roupa. [Márcia – um mês]

Ah, quando eu tenho dúvida eu pergunto para ela [comadre], vamos supor, ah, que roupa eu boto. Às vezes está quente na rua, aí eu ligo para ela e pergunto que roupa eu boto: “Ah, bota uma roupa assim, assim”. Teve um dia que eu fui no postinho e a enfermeira me xingou que eu tinha colocado roupa demais. E eu disse para ela: “Eu botei a roupa que a comadre mandou”. Foi no dia da vacina, aí ela disse que tinha roupa demais. [Monique – três meses]

Os profissionais da saúde orientam sobre a quantidade de roupas, mas as mães preferem seguir suas crenças:

[...] a enfermeira ali do posto me falou e os médicos também, desde a época do meu outro filho me ensinaram que a temperatura que eu sentir é a temperatura que ela está sentindo, eu só não deixo... já me disseram que eu posso até deixar ela até só de fraldinha, mas eu não gosto porque, eu gosto que o peitinho sempre fique protegido, já vem de anos que dizem. Então se o pé está quente daí não precisa colocar meia, se tá gelado daí eu coloco meia. [Mirela – um mês]

Aqui no postinho sempre as gurias falam, cuidar para não colocar roupa demais, para não dar febre, lá no hospital também elas falavam. Para gente cuidar o que vestir. Quando tá muito calor assim, é bom deixar eles bem à vontade. [Mariana – um mês]

Em relação ao período de sono das crianças, esse estava associado à alimentação. Para os RNs que estavam em aleitamento materno misto ou predominante, uma mamada antes de dormir era sempre complementada com fórmula láctea, fazendo com que dormissem por muitas horas sem interrupção:

Dorme, eu boto uma colherzinha a mais de Nestogeno na água, fica mais uma papinha mais forte. Daí ele aguenta mais, não fica acordando de três em três horas. Eu deixo ele bem tapadinho e ele dorme a noite inteira. Quando é eu quem faço a mamadeira ele dorme bastante, quando é meu marido ele dorme pouco, porque ele bota certinho, eu não, eu boto a mais que daí ele dorme a noite inteira, pelo menos de noite. [Micheli – três meses]

O local no qual as crianças dormiam era a cama dos pais. As mães utilizavam esse local primeiramente por serem muito pequenos, depois por estar no período de inverno e também devido ao medo dos pais de que ocorresse algo com seus filhos e eles não percebessem. Observou-se que em todas as casas das informantes leigas havia espaço para colocarem um carrinho ou berço, e das 13 mães apenas uma não possuía nem berço nem carrinho para seu filho:

Ele dorme no carrinho ou junto comigo. Eu tenho medo de deixar ele no carrinho, porque eu tenho medo que ele se afogue, ou acorde e eu não veja. Aí eu boto ele para dormir comigo, ou no carrinho, ou no bebê conforto também. [Maria – um mês]

Ah, eles [gemelares] dormem com nós. O pai não quer botar no berço! [Monique – seis meses]



Dorme comigo na cama. Ele tem o berço, só que eu não botei ainda para dormir. Não, eu não quero. Está muito frio e eu acostumei também, aí se ele chora eu tenho que me levantar ir até o berço. Aí não, eu deixo ele do meu lado, que é mais fácil. [Merilin – um mês]

Os cuidados leigos e profissionais a respeito de higiene e conforto para essas crianças não envolveram nenhuma particularidade em relação à prematuridade, mas foram relacionados com as estações climáticas e as condições socioeconômicas.

#### **6.4 Cuidados de saúde ao prematuro tardio**

Dentro do processo de manutenção da saúde dos prematuros tardios e da prevenção de doenças, existem atividades pertinentes a cada membro da equipe de saúde que são alvo de discussão nesta tese, bem como crenças populares que acabam tendo forte interferência no processo do cuidado com a criança. Também é analisada a questão do enfrentamento das situações de problema de saúde das famílias que possuem um prematuro tardio.

As crianças estudadas, por serem prematuras, entraram em um programa de avaliação durante o primeiro ano de vida. Esse programa consiste em consultas mensais, sendo realizadas em uma metodologia de interconsultas, nas quais existe o revezamento entre os enfermeiros e os médicos.

O acompanhamento é esse, as consultas pré-agendadas com um mês com a médica e outro com a enfermeira e assim segue. Claro que, se estiver alguma anormalidade, lógico, muda o atendimento. Mas, se estiver dentro do normal, segue na mesma rotina. [Perpétua]

Entretanto, esse calendário não foi respeitado em todos os casos devido à dificuldade de os pais levarem a criança à consulta, relacionada a fatores climáticos e à mudança ou falta de profissionais para realizar as consultas. Uma das crianças teve sua primeira consulta aos três meses de vida devido aos desencontros com as profissionais da saúde em agendas previamente marcadas.

As mães foram orientadas a levar seus filhos aos postos de saúde logo que chegassem em seus domicílios para realizar o teste do pezinho e as vacinas, e também receberem orientações de cuidado e agendarem a consulta de seus filhos. Mesmo as mães de crianças que ficaram internadas na UTIN foram orientadas, já nas instituições hospitalares, a procurar seus postos de saúde. Nos casos em que as mães não foram até os postos de saúde, os agentes comunitários fizeram uma busca ativa para agendar as consultas. Entretanto, há uma falha na comunicação

entre os serviços hospitalares e a rede básica, pois as orientações específicas ao prematuro tardio não estão sendo realizadas na rede hospitalar e nem na rede básica. As unidades de ESF estão recebendo os RNs sem a informação do que já foi orientado sobre a prematuridade e também não realizam as orientações específicas a este prematuro tardio. Salienta-se que não existe um quadro funcional completo na ESF que possa atender à demanda existente na abrangência dos postos de saúde no que tange à equipe multiprofissional, fator que dificulta o atendimento à comunidade de forma geral, mas que não impede a realização das orientações específicas sobre a o cuidado na prematuridade.

Na primeira avaliação para o agendamento do atendimento do prematuro tardio na ESF e a realização das vacinas, são os técnicos de enfermagem que fazem o acolhimento:

A gente olha para a criança, digamos que ache que a criança está meio amarelinha, ou a mãe tem alguma queixa, qualquer coisa, daí chama a enfermeira e a enfermeira avalia. Independente da consulta agendada. que é para abrir o “Prá-nenê”, que se faz durante um ano. É sempre uma consulta com a médica e outra com a enfermeira, vai intercalando assim. Então qualquer queixa assim, não vai ser avaliado só na primeira consulta não. Felizmente já chega a enfermeira ali, já faz uma prévia. A mãe fica bem amparada, bem segura, porque normalmente elas são bem inseguras. [Pietra]

A respeito das atribuições dos membros da equipe de saúde, existia um bom entrosamento entre eles, o que facilitava a discussão de casos e a abertura para que pudessem, em conjunto, oferecer um cuidado integral às crianças e a suas famílias. Entretanto, houve divergências de orientações, principalmente durante o período de férias ou na troca de algum profissional devido ao processo seletivo que ocorreu durante a coleta de dados.

O primeiro contato da família com o posto de saúde iniciava com o agente comunitário que, em visita às casas, identificava o nascimento precoce, agendava a consulta e realizava diversas orientações, conforme os relatos:

O agente de saúde vai nas casas, vê como é que eles estão. Vê as dificuldades que têm. No caso de uma das mães, ela mora sozinha, com o marido. Então ela não tem a mãe perto para dar apoio. Então, a gente orienta amamentação, troca de fraldas, sobre cuidados com o bebê. Outra mãe também, só que esta outra mora junto com a mãe, e a mãe já tem bastante experiência com as crianças. Ela tem bastante filhos. Então é mais tranquilo já ajuda mais. Então esse é o papel do agente, visita essas mães, não digo toda semana, mas de 15 em 15 dias é obrigatória a visita lá. Se está tudo bem, tudo bem; se não está bem, daí traz e discute com a enfermeira. Discute com a equipe do posto. A gente sempre está entrosando o pessoal. [Perpétua]

O papel do agente são as orientações básicas, lembrar a mãe da consulta, lembrar a mãe das vacinas, isso a gente faz. Olhar a vacina do bebê, venceu ontem. Não sei se influencia, mas acompanha a troca de fralda, vê se tem assaduras, dependendo a gente pede para não usar lenço umedecido, usar paninho com água morna para limpar. Até porque o lenço umedecido contém álcool, então, se a pele já está sensível, já não é aconselhável usar aquele lenço umedecido. E fala com a enfermeira e já diz como é que está, e elas, dependendo, já dão a pomada ou que tem que esperar até o dia da consulta. [Perpétua]

Olha, o agente comunitário busca os bebês de baixo peso, porque eles têm determinado tempo para ganhar peso, a gente sabe que o agente está ciente. Porque, quando os bebês saem do hospital, eles vêm para casa e tem que acompanhar. E o hospital referencia para unidade, para a gente poder fazer a primeira avaliação, fazer o teste do pezinho, as primeiras vacinas, às vezes tem que fazer a amamentação mais precoce por causa do ganho de peso, ver o desenvolvimento dessas crianças... Então é toda uma rotina pouco mais focada. [Plácida]

No posto de saúde, o primeiro contato dessa criança é com o técnico de enfermagem o qual realiza a primeira avaliação do RN e a partir dessas informações, já orienta e, em caso de dúvidas, chama o enfermeiro ou o médico para avaliação:

Aqui o técnico tem uma função de pesagem, medir e pesar, faz a medida da questão nutricional do bebê. Alguma anormalidade que o técnico identifique ele já comunica a enfermeira, ali na sala da pesagem. Aproveita que o bebê está pelado mesmo, até para discutir com a enfermeira ou com o médico o que se identificou na hora. Essas coisas são bem rigorosas. [Perpétua]

Tem avaliação com o técnico de enfermagem é feita pesagem, vê como é que está a pele, se está íntegra, se está irritada, corada, se está aquecido, a higiene do bebê, como é a interação deles, na hora da avaliação. Isso tudo os técnicos de enfermagem têm condições e quando eles encontram uma dificuldade maior e não conseguem fazer uma boa orientação para mãe, eles chamam o enfermeiro ou médico. [Plácida]

O acompanhamento de consultas mensais realizadas nos postos de saúde iniciava com a enfermeira, a qual realiza a avaliação inicial da criança e, em caso de anormalidades, discutia o caso com a médica, que realizava a orientação do problema ou o encaminhamento para o profissional específico:

Ah, qualquer dificuldade que a mãe tenha com a criança. Faz a avaliação dos sinais vitais, respiração, cor, tudo que possa interferir no desenvolvimento e qualquer alteração, deve vir, pedir orientação e, conforme o que nos passasse, ou até mesmo trazer o recém-nascido para a gente poder avaliar e se for necessário encaminhar para emergência. Porque aqui a gente não tem muita estrutura. Então mais é orientações e encaminhamentos e sempre bater na tecla da prevenção. [Plácida]

Para alguns problemas de saúde ou em casos de patologias das crianças, as mães preferiam levá-las diretamente a uma instituição de maior porte e com

atendimento de maior complexidade, para uma resolutividade imediata do problema de seus filhos. Assim, muitas mães informaram que levavam seus filhos ao posto de saúde apenas para as consultas de rotina, vacinação e manutenção do vínculo, pois em casos de doença preferiam as especialidades médicas:

Eu levo ele no postão que é uma equipe lá da UFRGS. Ele tem consulta aqui no postinho todo mês, às vezes eu não venho aqui para o postinho para consultar lá! Mas eu prefiro lá, porque lá já é pediatra, aqui é o clínico, quando eu não consigo ficha. Lá eu chego às nove horas e consigo ficha. [Melissa]

Observou-se a preocupação por parte das cuidadoras leigas de que houvesse um cuidado realizado por especialistas, neste caso por pediatras, mesmo para a avaliação mensal das crianças. As orientações recebidas pelas cuidadoras leigas são melhor compreendidas nos postos de saúde, visto que relataram ser complicado receber muitas informações na alta hospitalar. Entretanto algumas admitiram não questionar as profissionais por medo de repreensão ou por esquecimento:

É que, assim, tem médicos que falam muito difícil, tu não entende, ou assim a pessoa no meio de tanta informação. Porque quando tu recebe alta é um monte de coisa, e assim tem coisas que tu não pega, se fosse uma coisa no papel, mas não uma coisa lá que nem Jesus sabe, ou então às vezes ou a mãe não presta atenção ou é porque não entendeu, daí acaba confundindo. [Melissa]

É que tem muita mãe de primeira viagem que é tímida e tem muito médico que é estúpido, então se elas não entendem e começam a gritar. Aconteceu isso comigo: eu não tinha entendido os remédios da Flávia [nome fictício da filha] e eles me trataram mal, acho que de medo da pergunta, e eles falam isso, passa aqui e o outro ali. Aí as mães já estão assustadas com o bebê, aí fica com a cabeça assim, e são estúpidos e acabam trocando o remédio. Eu não fiz isso, mas eu não dei nenhum dos dois, porque ele foi grosso estúpido, o que que eu fiz, não vou dar e vou em outra médica e pego e não faço nada. [Martina – um mês]

A falta de entendimento por parte das cuidadoras leigas gera uma falha no cuidado integral oferecido pelas equipes de saúde à criança e à sua família. O descontentamento e a falta de entendimento das mães acarretam a não realização do cuidado específico e a adoção de práticas realizadas pelas cuidadoras leigas e seus familiares, que nem sempre são as mais adequadas.

Uma cuidadora leiga relatou como gostaria que fosse recebida nas consultas no posto de saúde:

Eu vou lá [instituição de atendimento com maior grau de complexidade] e eles examinam, lá eles examinam, olham, ali [posto de saúde] eles nem olham para criança, só perguntam se está bem. [...] É melhor assim, o pediatra dele, mais completo. [Melissa – seis meses]

Não havendo o atendimento desejado pelas cuidadoras leigas nem uma comunicação efetiva a certa do cuidado ao prematuro tardio faz com que a prática de cuidado à saúde da criança seja, geralmente, realizada de acordo com a cultura e prática de cuidados dos familiares, que envolve cuidados relacionados a produtos naturais e crenças religiosas. Contudo, quando se trata de patologias com necessidade de uso medicamentoso, as mães preferem escutar a equipe médica e de preferência uma opinião de um médico especialista em pediatria:

Eu não vou muito pelos outros, se eu tiver algum problema eu vou no médico que nem agora, [...] ela já estava meio ruim sábado, só que domingo ela piorou, daí disseram pra eu fazer sorinho com Berotec, só que eu não gosto de fazer por conta própria, prefiro ir no médico, daí eu peguei e não fiz. Eu só pergunto para o médico, daí perguntei da nebulização se era com soro e ele disse que era com água, que ajuda, assim, porque ela estava com um pouquinho de catarro. Então eu não vou muito pelos outros, porque aquele amarelinho [icterícia neonatal] me disseram para dar chazinho, chazinho de salsa para ela, mas eu não quis dar, porque como ela nasceu pequenininha, não quis dar, vá que dê um negócio nela. [Marieta – um mês]

Observa-se que as orientações, no relato anterior, não foram bem entendidas, pois a mãe trocou a solução fisiológica por água, entretanto ela levou em consideração o grau de prematuridade da criança para não oferecer chá para melhora da icterícia neonatal.

Em relação ao quadro vacinal das crianças acompanhadas, todas tiveram suas vacinas administradas no prazo cronológico devido. As orientações dos profissionais da saúde foram uniformes e com bom grau de entendimento por parte das mães:

Me disseram que depois da vacina podia dar um pouquinho de febre, mas não deu febre alta. Sempre 37°C e tal. Só que deu 38,5°C e ele estava chorando muito. Pensei vou acalmar ele. Dei banho, remédio e chá de camomila. Ele se acalmou e dormiu, e a febre foi baixando. [Micheli – seis meses]

Semana passada ele tomou vacina também dos três meses. Ficou bem chorãozinho, bem enjoado e deu um pouquinho de febre nele, aí ele tomou Paracetamol. Mas agora ele tá bem. [Maria]

Em contrapartida, as vacinas não são consideradas como medicamentos e por isto as mães acabam realizando práticas de cuidados não orientadas pelos profissionais da saúde:

Teve uma vacina que ele fez que foi a do terceiro, segundo mês, que deu um pouquinho de febre e aí a gente teve que fazer compressinha na perninha dele. A minha tia, me ensinou. A tia tem outro nenê. Porque a minha tia é boa, não é apavorada, mas porque ele estava chorando demais.

Estava doendo muito a perninha dele. Chorava sem parar, e aí a tia veio e fez a compressinha nele e amenizou. E agora semana que vem, ele vai fazer vacina de novo. [Melissa – seis meses]

É que teve uma que inchou mais do que a outra. Porque deu mais efeito. Daí ela [profissional da saúde] me disse que era para dar paracetamol. Daí tá, mas eu fiz compressa com água morna também na perna dele. Mas mesmo assim ele é tão pequeno que ele não entende que é pra ficar com a perna parada né. E quanto mais ele forçava a perna, mais doía. [Marcela – três meses]

Outra prática de cuidado questionada às mães foi sobre a forma de administrar as medicações ou vitaminas via oral, sendo que as respostas foram um pouco preocupantes, visto que a forma de administração não foi explicada para elas, ou estas diziam que foram orientadas a dar diretamente na boca da criança. Essa prática induz ao erro de administração de medicações, podendo a criança receber dose extra, causando intoxicação em caso de acidentes durante a administração:

Me disseram para dar direto [remédio via oral]. Mas ele não aceita. Daí eu coloco uma água docinha, ou um chazinho e deu. E ele toma todinho e nem percebe. Na maioria das vezes eu dou com chá. [Micheli – seis meses]

Eu dou Protovit para ele desde os 15 dias e disseram para continuar dando. Eu dou na mamadeira, eu continuo dando. Mas agora ele não quer nem mamadeira mais [estava mamando no peito], e aí eu tenho que dar na colherinha. Ele bota metade fora. [Melissa – três meses]

Eu dou de noitezinha. E aí tem que dar sulfato ferroso. Ele ficou sem tomar o sulfato ferroso, porque eu comecei a dar na primeira semana e deu diarreia nele, daí eu não quis dar mais. [Melissa – três meses]

Houve um caso em que a mãe utilizou água de melissa para acalmar seu filho. Esse medicamento tem indicação de antiespasmódico, carminativo e ansiolítico leve. As profissionais da saúde desconheciam essa prática de cuidado, pois não era relatada nas consultas, visto que não estava descrita no prontuário da criança. Além disso, a família estava sem cobertura de agentes de saúde, dificultando a identificação de práticas não recomendadas em ambiente domiciliar:

O que eu peguei para ele foi água de melissa, ficava bem nervoso chorava, chorava. Dei água de melissa e ficou bem calminho. [Mirian – seis meses]

Um dos sintomas mais referidos pelas mães foram as cólicas das crianças, gerando desconforto tanto para o RN quanto para seus cuidadores leigos. Assim, as mães buscaram orientações dos profissionais da saúde, entretanto na maioria das vezes optavam por cuidados leigos. As práticas de cuidado para amenizar a cólica das crianças envolveram massagens com óleo aquecido, oferecimento de chás e chupetas, realização de exercícios de membros inferiores, panos quentes na barriga

e administração de medicamentos utilizados por vizinhos ou o paracetamol, que é indicado pelas equipes de saúde para alívio da dor e não como antiespasmódico, como a seguir:

Ele pegou e ficou com muita, muita dor... Ele estava com muita, muita dor, aí eu dei Luftal para ele e fiz mais a massagem. [...] Eu esquentei no microondas [óleo de cozinha], esquentei a mão que estava gelada, daí eu botei na barriga dele. Daí passa e faz a massagem que ele consegue fazer punzinho. [Micheli – três meses]

Já a minha mãe falou que eu posso botar, esquentar o pano no ferro e colocar o paninho quente na barriga dele, fazer, mexer assim com as perninhas dele, exercitar. E me falaram que tem chá também, mas só que eu não dou chá, não sei se dá para dar alguma coisa pra ele. A médica falou que não é para mim dar nada para ele. Eu perguntei se tinha alguma vitamina para dar para ele, não, nada, não pode dar nada, só o leite até os seis meses, nem outro, nem leite especial, nem nada, só no peito. [Merilin – um mês]

Me ensinaram a fazer massagem nele se ele tivesse com gases ou tivesse com cólica, aí me disseram que é para dar funchicória se ele tivesse com cólica também, eu não dei nada ainda porque ele não teve nada, é bem calmo. [Maria – um mês]

Eu estava dando, molhando o biquinho dele no remédio e dei uma gotinha de Luftal pra ele. [Márcia – um mês]

Pouca cólica. Mas quando eu vejo assim que é cólica eu dou umas gotinhas de paracetamol, ele até dorme. [Marcela – três meses]

Manter os pezinhos sempre agasalhado. E também faço o chazinho de funcho, né, e daí ele libera os gases, que é o que tá acontecendo. [Marcela – três meses]

Cólica, olha eu não vou te mentir. Acho nos primeiros dias sim, mas daí eles ensinam né, de colocar toalhinha úmida, dava chazinho de erva doce, deixava ele quentinho, não deixava ele úmido, sempre trocando assim. [Mirian – um mês]

Procurei o funchicória na farmácia e não achei. Aí, indicaram o tal de pó rosado, que molhava só o bico, também não presta. Dei chá de funquinho, comprei na praia, numa lojinha lá que tinha funcho, aí eu dei pra ele. Aqui no posto falaram para botar bolsa de água quente, massagenzinha, dar paracetamol. Mas eu não vou dar paracetamol frequentemente para ele, todos os dias por causa da cólica, porque eu acho que é um medicamento, aí estar sempre medicando a criança, daí eu não quis dar. [Mariana – três meses]

No primeiro mês de vida e quando é o primeiro filho, existe uma dificuldade por parte das mães em identificar a queixa do filho pelo choro, e assim elas acabam supondo a necessidade de seus RNs. No caso a seguir, a avó da criança morava em outra cidade e já deixou instruções para quando fosse necessário:

Ontem eu acho que ele estava com cólica, ontem de manhã. Porque eu peguei, ele estava deitadinho normal e daqui um pouco ele começou a

chorar, chorar, nada acalmava ele, nada, nada, nada. [...] ele não queria. Aí eu chacoalhei ele bastante no colo assim, aí ele dormiu depois, mas ele chorou bastante, acho que era cólica que ele tinha. Aí eu dei chá de funcho para ele, minha mãe diz que é bom pra cólica e ele dormiu. Ela comprou chá de funcho para ele e de camomila. Ele não gosta muito, ele toma bem pouquinho. [Maria – um mês]

Outra situação que causa incômodo para os pais é o soluço da criança. Para isso os cuidados eram populares e bem conhecidos, envolvendo o fio de lã na testa e a ingesta hídrica:

Ah, eles falam daquele negocinho que tu coloca, pega um pedacinho de lãzinha e aí bota na boca e bota aqui, para sair o soluço, isso funciona porque isso eu fiz. [Melissa – seis meses]

Eu dou mamá para ele, mamá no peito e daí passa. Ou dou um pouquinho de chazinho que passa também. Aquela coisinha na testinha não funciona muito, a gente bota e ele fica, fica, fica. Eu prefiro dar o mamá no peito ou o chazinho, que daí passa rápido. [Marcela – três meses]

A respeito das otalgias, uma das mães afirmou que a causa era o vento, e identificava a dor por uma pressão realizada na região auricular da criança, seguida de choro. Para isso utiliza um tratamento ensinado pela mãe:

Eu faço um negócio que a minha mãe me ensinou. Bota o alho a fritar no azeite na colher, pega a colher e bota no fogo e deixa o alho picado, e deixa fritar bem, esfria e bota no algodão e bota dentro no ouvidinho dele. Um pouquinho já está bom. [Maise – seis meses]

Uma das preocupações das mães era em relação ao engasgo e ao afogamento das crianças com a ingesta de leite ou devido a vômitos. As práticas de cuidado em relação ao engasgo foram orientadas por familiares ou por profissionais de saúde que atenderam a mães destas crianças em sua infância sendo estas informações lhes passadas pelos avós da criança. Em uma crise de engasgo, a mãe levou a criança à emergência e recebeu orientações sobre os cuidados:

Ele é muito danadinho, mama e não dá tempo de respirar, aí ele se afoga e eu tenho que botar ele de cabeça para baixo para poder voltar, porque ele fica roxo. Quando eu estava sozinha lá em casa, tomei um susto, não tinha ninguém por perto, ele estava com uns dois mesinhos, bem novinho, e se afogou, e eu não sabia nem o que eu fazia, se assoprava a moleirinha, se batia nas costas, teve uma hora em que eu quis colocar de cabeça para baixo, que a minha mãe me ensinou e eu fiquei apavorada. [...] O pediatra que cuidava da gente ensinou. Mais fácil colocar de cabeça para baixo para ele voltar. Que limpa o pulmãozinho. Então botar de cabeça para baixo. Agora eu não tô colocando mais, pois ele está ficando bonzinho. Só bater nas costas e ele já volta. [Melissa – seis meses]

Eu procuro manter ele perto, ficar de olho nele, porque esses tempos ele andou me dando um susto. Eu dei mamá para ele e dormiu no meu colo, eu estava conversando com a vizinha e coloquei ele na cama, para dormir



melhor. Daí ele estava na cama dormindo, eu pedi para a vizinha reparar ele para eu tomar um banho, isso era umas duas horas da madrugada. Eu fui tomar banho, ela ficou reparando ele. Quando eu saí do banho, ela disse que ele estava vomitando. Vomitou leite, o leite veio todo pelo nariz, e ele ficou todo assim. Foi muito rápido, ele ficou quase roxo, porque ele não conseguia respirar nem pelo nariz, nem pela boca, ficou roxo sabe. E ela ficou com ele assim de pé e eu gritei para assoprar a moleirinha dele, aí foi quando ele levou, um susto assim, e reanimou sabe, começou a tossir, foi aonde ele voltou a si. Mas igual peguei ele e levei na emergência. [Marcela – um mês]

Algumas particularidades sobre patologias foram encontradas nas crianças estudadas, entre elas a monilíase oral em duas crianças e a descamação da pele de uma criança devido à utilização de lenços umedecidos para realizar a higiene corporal. Foram relatados dois casos de varicela por contato com irmãos ou crianças maiores em fase ativa das lesões, entretanto não foram evidenciadas em prontuário ou notas de avaliação hospitalares, nem foram confirmadas por profissionais da saúde; assim, não serão consideradas neste estudo.

Houve dois casos de monilíase oral entre as crianças estudadas, sendo um deles avaliado pela equipe de saúde. O tratamento adotado pelas mães foi orientado pelas profissionais da saúde ou associados às orientações familiares:

Só sapinho. Porque a minha sobrinha, ela beija a boca das bonecas, e ela andou pegando ele no colo pediu para minha irmã para colocar ele no colo dela, e acho que nessa aí ela deve ter dado beijo na boca dele. Tanto que no outro dia ele apareceu com a boca inchadinha. Bem aqui na pontinha. Daí eu fui ali falei com a doutora e ela falou para colocar nistatina na boquinha dele. [Marcela – três meses]

[...] Só passei esse mel rosado e passou, curou. Minha prima me ensinou. [Maise – três meses]

Em relação à descamação da pele da criança, houve uma dificuldade de entendimento por parte da mãe sobre a causa das lesões. A equipe de saúde, para realizar o monitoramento dessa criança, solicitava que ela fosse todos os dias ao posto para mostrar a criança. Entretanto, o tratamento utilizado – baseado na aplicação de leite materno sobre as lesões – foi orientado pelos familiares e era desconhecido da equipe de saúde. Essa mãe utilizou uma orientação de um profissional da saúde referido para outra pessoa, em outro caso, para uma indicação que não podemos inferir, visto que o fato ocorreu há tempos. Notou-se que a mãe não conseguiu fazer a relação com a utilização de lenços umedecidos na primeira entrevista, apenas na terceira entrevista é que ela relatou sobre os lenços umedecidos. Na primeira entrevista, relacionou com uma dermatite de contato:

Não, não, é alergia mesmo, da pura lã, por isso eu coloquei esse paninho ali por baixo. A agente do posto que é antiga, uma vez disse para irmãzinha da vizinha. Ela ensinou minha mãe a usar o leite do peito e deixar, foi o que eu fiz nele, ele estava cheio, estava tudo branco, com casquinha sabe. [Mirian – um mês]

Das 15 crianças estudadas, sete necessitaram de reinternação hospitalar ao longo dos seis primeiros meses de vida: quatro por problemas do trato respiratório, bronquiolite; uma por infecção do trato urinário, necessitando de tratamento contínuo até o sexto mês de vida; e duas para realização de cirurgia de correção de hérnia inguinal bilateral.

Dentre as afecções do trato respiratório que acometem as crianças, a bronquiolite foi a mais frequente nos prematuros estudados. Nos casos de problemas respiratórios, os primeiros sintomas iniciavam com tosse produtiva, evoluindo para disfunção respiratória. As mães, assim que as crianças apresentavam tosse produtiva, já procuravam os postos de saúde para uma orientação, entretanto, se evoluísse para esforço respiratório, levavam diretamente a uma emergência. Todas as crianças desenvolveram quadro de problemas respiratórios, mas quatro necessitaram de internação hospitalar.

Uma das mães chamou um serviço de ambulância para que fosse buscar seu filho, pois onde morava não teria condições de chegar até uma instituição hospitalar com recursos próprios:

Ele ficou agora, faz o quê, duas semanas que ele melhorou que ele teve bronquiolite, eu acho que ele tem asma! Ele fez bombinha uma semana e tomou aquela prednisolona, que eu fui parar no Conceição, que ele começou com 39°C de febre, não baixava. Ficou dois dias assim, passou mal, ficou com aquela expressão bem ofegante, tive que chamar a Ecco-Salva. A Ecco-Salva veio e ficou acho que duas a três horas observando ele. Daí conseguiram leito no Conceição, ele ficou da madrugada até domingo, da uma hora de domingo, sendo observado, usando bombinha. Ficou até com oxigênio, porque ele estava muito ofegante, e a gente perde tempo. Mas daí ele fez uma semana de bombinha, mas aí ele melhorou, ficou uma semana bom e agora está voltando de novo a tosse e o catarro. [Melissa – três meses]

O médico examinou o pulmão dela e tudo e disse que é só resfriado mesmo, e ele me deu a orientação do que fazer para cuidar da tosse dela e a respiração dela, mas que não era nada de mais, e deu um remedinho para o nariz e também para fazer nebulização. Eu perguntei para ele se não tinha problema de fazer em casa e ele disse que não, daí eu até achei que dava para fazer com soro, mas ele me recomendou pra fazer com água. [Marieta – um mês]

Referente aos tratamentos utilizados, as cuidadoras leigas realizavam a indicação das profissionais da saúde e associavam práticas locais da comunidade para manutenção, prevenção e tratamento de patologias respiratórias:

Me disseram, foi uma pessoa da igreja, coisa que os antigos ensinam, pegar a manteiga e bater com mel no liquidificador e dar de colherinha pra ele, uma de manhã e uma de noite, porque solta catarro. Coisa caseira que uma pessoa fez e dá certo, que eu confio e deu certo, a gente faz. [Melissa – seis meses]

[...] ele só se gripou, eles [profissionais da saúde] me deram o soro aquele, e daí eu comecei a dar chá, guapo, chá de funcho, e soro, que eles me deram. Daí ele melhorou. [Mirian – três meses]

Não, eu que tive que nebulizar ela, antes de tu vir aqui, porque deu uma tossezinha seca nela e daí como o meu guri já teve bronquite e começou com os mesmo sintomas então eu nebulizei e passou tudo. [Mirela – três meses]

O narizinho está um pouquinho entupido. Daí eu coloco azeitinho aquecido no nariz e ele fica melhorzinho. Minha mãe me ensinou. [Maisa – três meses]

O acesso aos serviços de saúde especializados em pediatria gera um desconforto dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para o diagnóstico de uma urgência de saúde das crianças. Um caso que ocorreu entre as cuidadoras leigas foi em relação ao diagnóstico. Essa cuidadora optou por levar seu filho a um hospital privado, entretanto, após a consulta, por não concordar com o diagnóstico, recorreu ao posto de referência da região de sua moradia. Ela não desmereceu os profissionais das instituições privadas, mas entendeu que os profissionais que atendem a rede do SUS estão mais aptos a diagnosticar precocemente uma afecção respiratória, reduzindo assim as chances de evoluir para uma possível internação hospitalar:

Ele começou a ficar enjoadinho, começou a chorar e não é normal, a mãe conhece. Ele começou com uma tossezinha e eu levei ele lá no hospital [rede privada], foi bem rápido. Aí a pediatra disse que era garganta. Era para dar paracetamol para ele, e hidratar ele bastante que era garganta, daí ele tossia e ficava cansado. No outro dia ele começou de novo, daí eu disse não, não pode ser, a criança não come. Ele não é assim. Nesse hospital particular a pediatra eu acho que ela é bem entendida no ramo, mas não entende as nossas crianças. Daí eu fui no postão que já conhecem a nossa realidade e a pediatra disse: mãe tu tem certeza que o teu bebê tem alguma coisa? Aí ela olhou o ouvido, olhou a garganta, olhou tudo, botou assim no peito e viu que não tinha catarro nem nada. Eu acordei ele e já ficou tossindo. Daí ela disse assim, ele está gripadinho, narizinho com ranhinho e tudo, ele está com bronquiolite. [Mariana – seis meses]

O diagnóstico descrito por essa mãe dificulta o entendimento da situação em análise, podendo gerar uma incoerência no exame clínico. Porém essa criança recebeu tratamento de ataque para bronquiolite, com manutenção:

Ele fez três nebulizações, de 20 em 20 minutos, lá no postão, daí ela disse que queria que eu ficasse com ele, caso desse alguma crise, alguma coisa, mas daí é complicado, eu tenho outra pequeninha. Daí ela disse: ah então eu vou te liberar. E continuei fazendo nebulização no postinho. [Mariana – seis meses]

Outra situação de necessidade de intervenção hospitalar foi relacionada às crianças que receberam intervenção cirúrgica para correção da hérnia inguinal bilateral, elas eram gemelares, nascidas de parto vaginal. A mãe disse que na instituição de nascimento lhe foi explicado que as hérnias ocorreram devido à via do parto. O acompanhamento cirúrgico foi encaminhado via posto de saúde, havendo a referência e a contrarreferência, neste caso, realizado com sucesso. Uma das crianças estava com problemas respiratórios no dia agendado para cirurgia, sendo remarcada e, após, realizada nas duas crianças com sucesso. A maior preocupação da mãe era quanto aos cuidados de banho e trocas de fraldas, sendo realizados apenas por ela, devido ao receio de outras pessoas ferirem as crianças:

É, o que eles explicaram foi que eles fizeram muita força na hora do parto. Porque os dois nasceram de parto normal, aí eles fizeram muita força e eu tinha muita contração, por causa disso aconteceu a hérnia. No dia que a cirurgia estava marcada, o anestesista achou ele com um pouquinho de tosse. Aí foi adiada pelo motivo da tosse. Como eles iam fazer anestesia geral, ele achou meio perigoso. E o outro mano estava com anemia. Mas depois fizeram dos dois junto e ficou tudo bem. [Monique – três meses]

Uma das crianças acompanhadas possuía uma particularidade em relação ao tratamento de infecção urinária: ela realizava acompanhamento no posto de saúde e no ambulatório do hospital de nascimento. Contudo não havia comunicação entre esses órgãos de saúde, o que prejudicava a credibilidade das ações de saúde do posto de saúde. Uma profissional do posto de saúde desconhecia o tratamento contínuo de antibioticoterapia por seis meses consecutivos de doses diárias, e acreditava que a mãe da criança tivesse entendido errado a orientação de tratamento. Essa descreve em prontuário sua preocupação e refere intenção de contato com a instituição hospitalar, o qual não foi realizado durante os seis meses de acompanhamento:

[...] ele teve infecção urinária... E daí ficou dez dias, fazendo antibiótico e é pra tomar por seis meses todos os dias. Me deram até a seringinha marcada para eu dar certinho. [Maisa – um mês]

Ele usa uma medicação, ele teve uma infecção e usa cefalexina contínua, todo tempo, tratamento contínuo. Até eu fiquei de me informar, eu não soube dizer direito, vou me informar, nunca tinha visto isso aí. [Paula]

O acesso à saúde que envolve a população em estudo está intimamente ligado aos fatores socioeconômicos que caracterizam a vulnerabilidade dessa região. Foi evidente a necessidade de busca de informações e recursos não apenas em seus postos de saúde, mas também em instituições maiores de referência em saúde. Em três casos, houve uma busca por serviços privados, entretanto nas três situações houve retorno ao posto de saúde de origem, pois viram que não havia diferença no atendimento, apenas discordâncias entre falas de profissionais.

As práticas de cuidados escolhidas pelas mães, diretamente ligadas à saúde das crianças, eram orientadas pelos familiares, quando não envolvia internação hospitalar. Todavia, para rede hospitalar, as mães levavam em consideração a orientação da equipe de saúde na maioria das vezes.

## 7 FORMULAÇÕES TEÓRICAS: A FAMÍLIA COMO REFERÊNCIA PARA O CUIDADO DO PREMATURO TARDIO

O sistema de cuidado, proposto por Leininger (1998), é constituído pelo cuidado leigo e profissional. O cuidado profissional deveria auxiliar e complementar o cuidado leigo sendo ele compartilhado e centrado na família. Entretanto, o sistema de cuidado prestado aos prematuros tardios pelos cuidadores leigos e profissionais encontram-se desarticulados e inadequados ao desenvolvimento deste RN prematuro.

As mães referem desconhecer a prematuridade de seus filhos, mesmo havendo esse registro em suas carteiras de pré-natal, notas de alta hospitalar e em suas falas de forma obscura, mas reconheciam esta condição e buscavam auxílio profissional. Ao saírem da rede hospitalar, dirigiam-se até as unidades de ESF buscar orientações específicas de cuidado ao seu pequeno filho prematuro, entretanto, sem receberem informações condizentes ao seu contexto de vida e de desenvolvimento de seu filho, acabavam optando por seguirem as orientações, crenças e costumes realizadas por seus familiares.

Ressalta-se que existe a busca das mães por um cuidado específico ao prematuro devido ao desconhecimento sobre os cuidados relacionados a alimentação, vestuário e manutenção da saúde de seus filhos.

Analisando o contexto da prematuridade tardia através do modelo de *Sunrise* a questão cultural está fortemente presente neste contexto sendo a principal fonte de informações de cuidado gerado pela família e transmitido a mãe desta criança. Os profissionais, por sua vez, reconhecem a predominância da cultura familiar, mas não interferem neste contexto. Salienta-se que o profissional deve conhecer esta cultura predominantemente familiar e associar a ela orientações de cuidados para que este seja compartilhado.

A visão de mundo dos profissionais em relação a prematuridade tardia está interferindo diretamente nas questões de cuidado e saúde, visto que, este prematuro está sendo cuidado como um RN a termo sem ser levado em consideração sua imaturidade fisiológica acarretando danos e reinternações hospitalares durante o seu desenvolvimento.

Araújo et al. (2012) analisando as principais intercorrências clínicas entre os prematuros tardios e os RNs a termo, identificaram que o prematuro tardio apresenta um maior número de intercorrências no período neonatal, com maior necessidade de reanimação em sala de parto, hipo/hipertermia, hipoglicemia, icterícia com necessidade de fototerapia, patologias respiratórias, uso de antibiótico, complemento alimentar, ventilação mecânica, infusão venosa e necessidade de internação na UTIN. Assim, ressalta-se que, mesmo o prematuro tardio tendo peso próximo ao recém-nascido a termo, ele possui mais complicações perinatais e necessita de cuidados específicos para a sua redução.

Conhecer a cultura de um grupo de indivíduos permite construir subsídios para um cuidado mais adequado, levando em consideração a linguagem, as tradições, os costumes e as crenças do grupo de cuidado em específico (WEISSHEIMER, 2002). Sabendo-se que essas mulheres se apoiam nas crenças familiares, torna-se relevante ampliar as orientações de cuidado também para tais famílias, seja dentro do ambiente domiciliar, seja através de grupos para familiares, e também em locais de circulação da comunidade, como igrejas, clubes ou centros comunitários.

A comunicação é importante para que as mães compreendam as ações terapêuticas por meio das orientações sobre os cuidados, as rotinas e a evolução do RN. Os pais e seus familiares cuidadores, estando cientes da necessidade de cuidado e da forma como fazê-lo, sentem-se mais seguros tendo a informação e o conhecimento sobre o cuidado do prematuro; assim, acreditam que possuem o controle do que está acontecendo (FRAGA et al., 2009).

Nessa perspectiva, cabe ao profissional da saúde explicar e ressaltar a importância do cuidado específico ao prematuro tardio, dando-lhe uma visibilidade perante sua mãe, sua família e sua comunidade. Faz-se necessário traçar um plano de ação para a valorização da relação de cuidado entre as mães e os profissionais da saúde, bem como promover uma articulação entre os hospitais e as unidades de ESF, situação ainda complexa reforçada nos manuais e na literatura, mas difícil de ser realmente implementada.

Esse plano de ação e de cuidado ao prematuro tardio não está ocorrendo na comunidade, e esse RN não está sendo avaliado como um prematuro tardio mesmo ele requerendo cuidados específicos. Tal criança está nascendo sem cuidados próprios de suas condições, recebendo alta e acompanhamento como um recém-

nascido a termo, e assim os profissionais acabam perdendo a confiança e credibilidade do cuidado dos pais. As mães, em princípio, negam a prematuridade de seus filhos, mas reconhecem-na, solicitando cuidados específicos para essa população. Os profissionais acabam não compartilhando seus conhecimentos, ficando os cuidados dos prematuros tardios direcionados pela cultura familiar e local, sem prestarem um cuidado integral e congruente ao usuário.

Salienta-se ainda que, o cuidado está desarticulado entre as redes hospitalar e básica, dificultando ainda mais as orientações a serem prestadas à família. Tem-se também um cuidado fragmentado dentro da própria equipe de saúde, com linguagem dissociada entre os integrantes da equipe, sem efetividade na redução das morbidades.

A falta de comunicação entre usuário, hospital e unidade de ESF faz com que a invisibilidade do prematuro tardio torne-se mais potencializada e promova a transferência de responsabilidade de um sistema ao outro.

Helman (2009, p. 23) destaca que existe a necessidade de adequação da competência cultural e linguística dos profissionais da saúde a qual implica em uma capacidade das organizações de cuidados em saúde de “compreender e responder efetivamente às necessidades culturais e linguísticas”. Assim, a competência cultural ressalta várias dimensões como: melhorar a sensibilidade dos profissionais de saúde às crenças culturais e práticas; melhoria no acesso aos serviços de saúde; e melhoria das barreiras organizacionais readequando o número de profissionais nos serviços de saúde.

Agravando ainda mais a situação da desarticulação entre a rede hospitalar e básica salienta-se o despreparo das mães para receberem seus filhos prematuros em seus domicílios os quais apresentam dificuldade de sucção e manutenção da amamentação, temperatura instável, imaturidade neurológica e gastrointestinal, bem como com maior risco de infecção. Muitas mães saíram da rede hospitalar sem nunca terem dado um banho em seu pequeno filho, sem a amamentação estabelecida, sem saber como fazer a higiene do coto umbilical e muito menos reconhecer sinais de hipoglicemia, icterícia e problemas respiratórios.

Salienta-se que o sistema hospitalar de alojamento conjunto configura-se como um espaço de orientações e ações para o cuidado dos recém-nascidos, favorecendo os vínculos familiares e laços afetivos, permitindo a troca de saberes



específicos, promovendo uma maior autonomia de cuidado dos familiares com seus novos membros da família (BONILHA et al., 2010).

Todos estes cuidados podem parecer inerentes à mulher, em sua condição de mãe. Saber reconhecer alterações, alimentar seu filho ou higienizá-lo pode parecer uma ação comum do dia a dia, entretanto, quando se leva um filho pequeno para casa, sendo ainda prematuro, essa realidade se configura de forma diferente, trazendo medos e insegurança, direcionando a uma busca de auxílio profissional. Cabe aos profissionais da saúde auxiliar essa família da melhor forma possível, promovendo orientações, auxílio e apoio na transição de ambiente intra para extrauterino, sendo esses cuidados dirigidos especificamente ao prematuro tardio.

Araújo et al. (2012) consideram importante a existência de critérios específicos de alta hospitalar dos prematuros tardios. Referem ser necessário um plano de atendimento e acompanhamento específico para estes, incluindo:

[...] alta após 48 horas de vida; presença de sinais vitais normais por 12 horas antes da alta; 24 horas de alimentação bem-sucedida; perda de peso menor do que 7% durante a permanência na maternidade; avaliação do aleitamento materno por pediatra ou enfermeira experiente; avaliação do risco para desenvolver hiperbilirrubinemia; avaliação dos fatores de risco sociais e familiares. (ARAÚJO et al., 2012, p. 265).

É importante informar aos pais sobre as vulnerabilidades a que estão expostos esses prematuros, requerendo monitoramento quanto à alimentação, ao ganho de peso, à icterícia e às apneias. Devido a essas intercorrências frequentes, torna-se necessária a avaliação nas unidades de ESF em até 48 horas após a alta hospitalar (ARAÚJO et al., 2012).

Em consequência da não efetividade de cuidado prestada pelos profissionais as mães utilizam os serviços da saúde apenas em situações de agravo a saúde e em instituições de maior porte e especializadas. Desta forma, as mães seguem as orientações de familiares, vizinhos, amigos, pessoas desconhecidas e ligadas as religiões, mas não a dos profissionais da saúde.

Os profissionais da saúde precisam considerar o processo de parto e nascimento como um evento fisiológico, que pertence à mulher e à sua família, sendo os profissionais da saúde pessoas que lhe auxiliarão e lhe darão apoio e conhecimento sobre o evento que está ocorrendo. A comunicação verbal e corporal pode promover segurança e proteção à mãe e a seu filho, proporcionando-lhes

maior autonomia e participação ativa no processo do cuidado (DORNFELD; PEDRO, 2011).

Desta forma, seguindo na análise do modelo proposto por Leininger (1998) em relação ao contexto ambiental observa-se uma desarticulação entre os cuidadores leigos e profissionais nas diversas esferas de cuidado. Os fatores tecnológicos que envolvem a comunicação entre a rede hospitalar e de atenção básica está desconexa sem conseguirem realizar um atendimento de qualidade desde o pré-natal.

A gestação e o nascimento de um prematuro alteram todo o contexto familiar, gerando expectativas e ansiedades que se manifestam de forma diferente e singular, aparecendo também sentimentos de incompetência, frustração, raiva, culpa e angústia por não terem o filho idealizado (SARMENTO; SETÚBAL, 2003; FERECINI et al., 2009).

As mães que atuaram como informantes neste estudo consideraram a gestação como um processo natural da vida, na qual não necessitariam de cuidados especiais ou alterações do estilo de vida, devido a crenças populares, como “gravidez não é doença”. Também por já não ser a primeira gestação, acabaram não valorizando as orientações realizadas durante as consultas de pré-natal ou não comparecendo nestas. Muitos sinais e sintomas de complicações da gestação, os quais poderiam ser identificados durante o pré-natal, não foram referidos pelas mães, tampouco analisados pelos profissionais, acarretando partos prematuros.

Moretto (2010, p. 14) indica que “a atenção pré-natal é considerada uma prioridade nas políticas de saúde, pois repercute diretamente na saúde da população, considerando que seu acompanhamento adequado possibilita gerar cidadãos saudáveis e produtivos”. Da mesma forma, o Ministério da Saúde lançou, no ano de 2000, um Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual prevê uma qualificação da estrutura do atendimento de pré-natal (BRASIL, 2000). Sendo assim, pode-se inferir que a invisibilidade do prematuro tardio pode estar associada também a uma necessidade de priorização e qualificação do atendimento de pré-natal, motivando as mães e seus parceiros a participarem da consulta de forma ativa, bem como esperar uma adequação de postura profissional com qualidade e comprometimento de suas ações em saúde.

Associado a falha na atenção do pré-natal, houveram casos de internação neonatal de prematuros tardios em estudo devido a sífilis congênita. Destaca-se que

a sífilis esteve associada a outras causas para o nascimento prematuro, no entanto se trata de uma causa evitável durante a gestação, com as orientações prestadas durante as consultas de pré-natal. Nesse caso, a previsibilidade do prematuro tardio amenizaria o fato da dificuldade de comunicação entre os profissionais da saúde e as mães, bem como na falta de adesão ao tratamento da gestante com seu parceiro.

A sífilis congênita pode ser prevenida ou tratada eficientemente intraútero, desde que sejam realizados o diagnóstico e o tratamento da gestante, em momento adequado, e se evite a sua reinfeção (BRASIL, 2013).

Magalhães et al. (2013), em pesquisa para estabelecer o perfil das gestantes com VDRL reagente acompanhadas em maternidades públicas do Distrito Federal, observaram que a qualidade do pré-natal recebido pela gestante não é suficiente para garantir o controle da sífilis congênita e o alcance da meta de incidência da doença.

Os fatores psicossociais envolvem também a relação construída pela comunidade em relação ao peso e figura do prematuro tardio. No transcorrer da pesquisa, percebeu-se que as mães associavam a prematuridade a um filho doente, pequeno e inacabado, porém não consideravam que seus filhos tivessem essas características, descartando assim a possibilidade de eles serem prematuros.

Para Sarmiento e Setúbal (2003), o nascimento precoce de uma criança torna-se um momento não esperado pelos pais, trazendo um recém-nascido diferente do planejado, sendo ele considerado “feio, fraco e inacabado”. Dessa forma, ocorre a desorganização emocional em função da prematuridade e da gravidez incompleta.

Fraga e Pedro (2004) apontam que o nascimento prematuro de uma criança leva às mães um sentimento de culpa por sentirem-se responsáveis por uma ação ou omissão de fatos que possam ter causado danos à saúde desse recém-nascido.

Fraga e Pedro (2004) ressaltam ainda que quando os pais se sentem responsáveis pela prematuridade de seu filho, criam-se temores fantasiosos sobre a incapacidade de serem pais, reafirmando o sentimento de culpa. Diante do nascimento prematuro, os pais passam por um momento de tensão, questionando-se sobre as causas, os riscos e as consequências da prematuridade. Assim, outros sentimentos maternos também são referidos por Cunha et al. (2009), como medo, susto, desespero, insegurança e culpa – medo em relação à sobrevivência destes prematuros e em relação a não saberem cuidar de seu filho. Percebem também que, o seu filho não possui peso e maturidade neurológica como as crianças nascidas a

termo, fazendo com que os pais tenham o desenvolvimento e a sobrevivência do seu filho.

Nesse contexto de nascimentos prematuros, a dificuldade de adesão ao pré-natal ou mesmo a baixa qualidade do pré-natal podem ser exemplificados no caso da sífilis congênita, mas também em outros casos de prematuridade evitáveis que geraram o mesmo desconforto familiar.

A maternidade está inserida na dinâmica da sociedade, num momento historicamente construído, no qual padrões culturais, representações sociais, crenças e valores se apresentam como influências determinantes na sua concepção (MOTA, 2011).

Mota (2011) coloca que uma mulher, quando passa pela experiência da maternidade, entra em uma esfera que ultrapassa a sua experiência pessoal e se liga à esfera coletiva. A identidade feminina, durante a maternidade, reflete-se diretamente na situação social em que ela se enquadra. Dentro dessa perspectiva, gerar um filho prematuro significa não conseguir estabelecer o papel de mulher de forma completa perante a sociedade.

Nesse meio social, a comunidade valoriza a maternidade e 'julga' o nascimento prematuro, muitas vezes, como uma negligência materna ou incapacidade de manter a gestação ao termo. Esse fator também pode ter contribuído para as mães verem seus filhos como recém-nascidos a termo de baixo peso e com necessidades maiores de ingestão nutricional. Corroborando com a necessidade de ingestão nutricional, a prática de cuidado em relação à alimentação desses prematuros tardios foi extremamente afetada, visto que as crianças não conseguiram estabelecer um aleitamento exclusivo nem nos primeiros meses de vida.

O leite materno apresenta inúmeras vantagens para o prematuro, como: melhor digestibilidade e capacidade de prover componentes imunológicos únicos; possui perfil nutricional perfeitamente balanceado para uso nos prematuros; e evidências sugerem que o uso do leite materno pode diminuir a incidência de enterocolite necrosante (BRASIL, 2011). Além dessas vantagens, também se destaca o estímulo oral, a interação mãe/RN e maiores períodos de estimulação sensorial. O insucesso da amamentação vivenciada por estas mães compromete também a esfera cultural educacional proposta por Leininger (1998) a qual prevê a

avaliação de um contexto que poderia ser evitado se auxiliado pelos profissionais da saúde.

Em relação aos fatores econômicos e educacionais observou-se a vulnerabilidade desta região a qual favoreceu o desemprego materno por medo da violência e tráfico de drogas, além da dificuldade no acesso. Cabe ressaltar que os prematuros em estudo foram sujeitos a um risco duplo, sendo eles biológicos e ambientais. Ferecini et al. (2009) apontam que esse risco duplo – sendo o biológico devido à imaturidade fisiológica, e o ambiental, à exposição a ambientes vulneráveis –, associados à baixa renda da maioria das famílias, o que causa maiores prejuízos no processo de crescimento e desenvolvimento desse prematuro.

Helman (2009) ainda afirma que os efeitos da desigualdade social sobre a saúde agravam a situação de saúde dos mesmos tornando essa população mais vulnerável ao desenvolvimento de morbidades.

Observou-se que para as informantes leigas deste estudo, o ambiente menos favorecido financeiramente não impediu a união das famílias. Ao contrário, as informantes contaram com o apoio e as orientações de seus familiares, vizinhos e amigos que, conforme a proximidade, foram considerados padrinhos e madrinhas de seus filhos. Ao não receberem as orientações dos profissionais, recorreram às suas famílias, seguindo suas sugestões, crenças e costumes para o apoio no cuidado, crescimento e desenvolvimento de seus filhos prematuros.

O acompanhamento prestado pelos profissionais da saúde aos prematuros tardios, além de considerar a cultura local e os recursos disponíveis para o desenvolvimento dos RNs, deve levar em consideração a idade corrigida para promover um cuidado integral que corresponda de fato ao contexto vivido pelo prematuro tardio e por seus familiares. Desse modo, as orientações poderão ser seguidas e acreditadas pelas cuidadoras leigas. O descaso com relação à definição da IG traz consequências diretas no cuidado à saúde desses prematuros tardios, principalmente em relação a alimentação, problemas respiratórios, crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor.

Existe uma necessidade de adequação do profissional para o cuidado dos prematuros tardios. É necessário acolher a família, respeitar sua cultura, interagir com linguagem clara e acessível, sabendo utilizar tanto o espaço de pré-natal quanto do alojamento conjunto e da comunidade como fontes de auxílio no cuidado integral ao RN e à sua família, permitindo trocas de conhecimento e gerando

subsídios aos cuidadores leigos, de modo que possam prestar o melhor atendimento com o menor risco de morbidades a essa população.

Sendo assim, destaca-se dentro das formulações teóricas que os fatores culturais estão presentes no cuidado ao prematuro tardio com maior influência dos fatores psicossociais, sociais, familiares e econômicos, não podendo deixar de ressaltar a desarticulação dos fatores tecnológicos. Neste contexto de predominância do cuidado familiar, salienta-se a necessidade de aproximação das profissionais com as cuidadoras leigas promovendo um cuidado específico ao prematuro tardio respeitando o seu contexto cultural.

Para tanto, necessita-se priorizar a atenção ao pré-natal visando reduzir os índices de prematuridade, promover uma articulação entre os serviços da rede hospitalar e básica, utilizar-se da rede hospitalar como meio de educação ao cuidado, implementar um programa de cuidado específico ao prematuro tardio e acima de tudo valorizar a cultura familiar agregando estes saberes e práticas nas orientações de cuidado profissional.

## 8 SÍNTESE E RECOMENDAÇÕES

Conhecer o cuidado leigo e profissional prestado ao prematuro tardio nos primeiros seis meses após a alta hospitalar, no contexto em que vivem, possibilitou um conhecimento das práticas, dos costumes e das crenças que promovem seu crescimento e desenvolvimento. Analisando esse contexto, observou-se uma invisibilidade desse prematuro tardio, agravada por um contexto de moradia vulnerável e com dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

A invisibilidade da prematuridade nem sempre pode ser considerada um desconhecimento sobre o fato. As mães não se referiam à prematuridade de seus filhos, entretanto buscavam auxílio dos profissionais da saúde para aprenderem quais deveriam ser os cuidados a serem prestados aos seus filhos, nos quais identificavam a necessidades específicas. Não admitiam a prematuridade, mas reconheciam que seus filhos eram pequenos e necessitavam de cuidados diferenciados. Ao buscarem auxílio e se depararem com orientações para recém-nascidos a termo, acabavam optando por seguir as crenças e os costumes de seus familiares, que os auxiliariam diretamente no cuidado que lhes eram necessários ao chegarem em seus domicílios com os filhos pequenos.

As orientações profissionais apontadas sobre o cuidado específico ao prematuro tardio eram desconstruídas com relação ao contexto das residências maternas. Assim, novas práticas de cuidado foram sendo adotadas pelas cuidadoras leigas, embasadas nas crenças e na cultura local, visto que consideravam a família como pessoas que conheciam o contexto, os hábitos, os costumes e sabiam como orientar condutas pertinentes. Contexto este pautado por violência, drogadição, pobreza, mobilidade familiar e também troca frequente de profissionais da saúde, o que dificulta a formação de vínculo para adesão às orientações recebidas.

Todavia, mesmo não sendo foco deste estudo, questiona-se como estão sendo cuidados os prematuros tardios em outras classes sociais. Sabe-se que, com o aumento dos fatores de risco sociais, cresce a vulnerabilidade dessas crianças, mas não se descarta a ideia de que em classes econômicas mais favorecidas também exista essa invisibilidade. Portanto, fazem-se necessários novos estudos a fim de se realizar essa avaliação.

Houve por parte das cuidadoras leigas uma desvalorização do conhecimento profissional, em virtude de orientações desconexas do contexto local, como: única indicação de aleitamento materno exclusivo quando a díade mãe-RN já não estabelecia mais um padrão eficaz de alimentação em seio materno; indicação de papinhas industrializadas para pessoas com baixa renda familiar; suspeitas de patologias sem encaminhamento para solução do problema; entre outras orientações que geraram desconforto e insatisfação por parte das cuidadoras leigas.

Destaca-se que, nem sempre, os casos de incoerência da adoção de práticas de cuidados, por parte das cuidadoras leigas, foram relacionados ao conhecimento profissional. Muitas vezes esse fato ocorreu devido à dificuldade de entendimento da linguagem do profissional e também pelo grande volume de informações referidas pelas mães.

A prática de cuidado que sofreu mais implicações para a vida do prematuro tardio foi a alimentação. Houve um desmame precoce por desconhecimento da fisiologia do prematuro tardio e por complicações na manutenção das mamadas, introdução precoce de chás, fórmulas lácteas, leites de vaca e cabra engrossados, sucos e outros alimentos como caldo de canjica e feijão já nos primeiros meses de vida.

A dificuldade na comunicação entre os cuidadores leigos e profissionais, associada à falta de destaque à fisiologia do prematuro tardio, acarretaram em práticas populares para alimentação que levavam em consideração o ganho rápido de peso, e não a evolução do desenvolvimento neurológico. Essas condutas provocaram um desmame precoce, entretanto, caso a amamentação tivesse sido estabelecida, poderia reduzir os índices de reinternações e auxiliaria no desenvolvimento neuropsicomotor do prematuro tardio.

O desmame precoce poderia estar associado à ocupação materna, mas neste estudo a prematuridade tardia provocou uma modificação nos hábitos de vida das famílias, fazendo com que a maioria das mães não voltassem ao trabalho, principalmente por opção pessoal. Mesmo as poucas que voltaram, já haviam descontinuado a amamentação de seus filhos anteriormente.

Outro ponto que ressalta a dificuldade de interação entre os cuidadores leigos e profissionais foi a amamentação cruzada. Essa prática comum, que envolve o cuidado do prematuro tardio, com repercussão em sua vida, é adotada pela



comunidade, mas não referida aos profissionais; estes, contudo, sabem das ocorrências de maneira informal, mas não as exploram nem a discutem.

A dificuldade de comunicação e a omissão de fatos por parte das mães são pontos cruciais do cuidado ao prematuro, visto que profissionais e mães não conseguem estabelecer um vínculo com discussões e adequações de conduta pautadas no contexto existente. Esse fato se deve a um distanciamento existente por parte dos profissionais em relação à cultura local, sendo julgada pelas mães como orientações impostas, muitas vezes inadequadas à sua condição e realizadas de forma ofensiva.

Visando uma maior integração de conhecimentos e adequação de orientações prestadas pelos profissionais da saúde, sugere-se uma aproximação mais eficiente da academia junto às comunidades, permitindo relacionar a teoria com a prática de forma mais efetiva, conhecendo-se a linguagem, a cultura e as crenças da comunidade. Essa aproximação poderá ocorrer através da integração de ensino, pesquisa e extensão, bem como pela reorganização dos componentes curriculares em vista de uma maior interdisciplinaridade.

Destaca-se também às crenças espirituais que envolvem os cuidadores leigos e que possuem implicações diretas em diversas práticas de cuidado aos prematuros tardios e a suas famílias. Envolvem crenças populares e orientações ligadas a alimentação, saúde e socialização. Muitas mães relacionaram a religiosidade com os padrinhos, e estes são percebidos como apoio financeiro e social.

Visto que as crenças e as práticas religiosas relacionam-se com os cuidados de saúde e de desenvolvimento, cabe aos profissionais da saúde conhecer essas práticas, podendo auxiliar nas orientações e, quiçá, realizar grupos de orientações dentro das comunidades, atingindo e integrando um maior número de pessoas, fazendo com que estas contribuam no cuidado adequado a essa população. Como constatado nos casos estudados, as mães gostam de escutar os seus pares, ou seja, pessoas com quem compartilham condições e que passaram por situações semelhantes. Sendo assim, a criação de grupos de apoio formados por pessoas da própria comunidade, porém com profissionais da saúde, pode vir a ter uma influência positiva no crescimento e no bem-estar dessas crianças.

Acreditando que uma estratégia para o acesso aos usuários seria a aproximação com a comunidade, afirma-se a importância do agente comunitário fazer a interlocução entre profissionais e usuários, facilitando a comunicação entre

estes e identificando possíveis líderes comunitários para auxiliar em formações e na qualificação do cuidado na comunidade.

Um cuidado muitas vezes classificado como comum e simples no cotidiano das pessoas refere-se à higiene, que foi pouco mencionada e avaliada. Entretanto há uma grande dificuldade de adequação dessas práticas junto aos prematuros tardios, pois estes possuem uma imaturidade fisiológica que dificulta a manutenção da temperatura. Associada à imaturidade, tem-se o baixo nível socioeconômico, com casas apresentando isolamento térmico precário, levando o cuidador leigo a práticas populares, muitas vezes inadequadas, as quais enfatizam o banho de esponja, fazendo com que a criança perca mais calor por evaporação, em vez de incentivar o banho de imersão, que acarretaria melhor manutenção da temperatura corporal, desenvolvimento neuromotor e interação mãe e filho.

Sendo assim, pode-se considerar que a termorregulação dos prematuros foi um tema pouco abordado nas orientações e cuidados, embora seja de extrema relevância, dadas as consequências como as decorrentes da hipotermia ou do superaquecimento da criança. A relação entre tipos de banho e temperatura não foi discutida, apenas a quantidade de roupa durante as consultas.

Além disso, a sazonalidade do banho também acarreta danos à integridade da pele da criança e aumenta os riscos de infecção. Essa temática é trabalhada pelos profissionais, porém de forma superficial e sem efetividade. Uma sugestão dos próprios profissionais a respeito do banho foi em relação ao auxílio nos banhos nas visitas domiciliares.

Acrescido a isso, recomendam-se orientações com embasamento científico de forma clara, simples e objetiva, para que se alcancem esses objetivos.

Em relação ao uso de lenços umedecidos para realização da higiene perineal dos prematuros foi evidenciado seu uso já nos primeiros dias de vida na maioria dos casos, gerando lesões nos RNs. Essa prática poderia ser evitada, se já questionada e orientada no primeiro contato da família junto à unidade de ESF, visto que pode ser considerada uma prática comum entre a comunidade.

A higiene oral não é uma prática disseminada entre os cuidadores leigos, e tampouco é orientada e salientada pelos cuidadores profissionais. Apenas quando se estabelece uma complicação, como a monilíase oral, existe uma conversa entre os cuidadores, associando o tratamento medicamentoso.

No início do cuidado domiciliar aos prematuros tardios, foi salientado o número de horas de sono associado à dificuldade de amamentação devido à sonolência. Essa evidência poderia ter sido trabalhada pelos profissionais da saúde, enfatizando a imaturidade neurológica do RN e a urgência de adequação às práticas de amamentação, enfocando a necessidade de acordar o prematuro tardio para mamar, as posições de amamentação que facilitam a manutenção das mamadas, bem como a necessidade de dietas fracionadas.

Outro ponto relevante foi em relação ao local de sono e repouso das crianças. A maioria dormia na cama de seus pais, mesmo tendo carrinho ou berço. Questões sobre perigos de sufocação e quedas da cama dos pais não foram apontadas. Essa prática ocorria devido ao medo, por parte dos pais, de que seus filhos, por serem pequenos, apresentassem problemas respiratórios, vômitos e engasgos sem a visualização dos cuidadores.

Associado ao repouso, outro fator importante a ser trabalhado é a estimulação precoce, que não ocorreu de forma orientada. Os prematuros tardios foram estimulados de maneira informal, sem correção da idade para as atividades a serem desenvolvidas, ou foram estimulados pelos irmãos mais velhos, quando os tinham. Sendo o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor um dos riscos apresentados pelos prematuros tardios, recomenda-se que este seja um tema amplamente trabalhado e discutido entre os cuidadores leigos e profissionais, a fim de proporcionar à criança melhores condições de aprendizagem e socialização no futuro.

Outro dado foi em relação a situação econômica da região estudada, a qual influencia diretamente na forma de cuidar a saúde dessas crianças. Compreendendo o fluxo de atendimento do SUS, o qual prevê consultas mensais para o prematuro, pôde ser observada a primeira dificuldade de acompanhamento, visto que houve uma grande variação dos profissionais, ficando períodos sem a presença de alguns nas unidades de ESF. Seguindo o fluxo, quando há uma complicação evidenciada pelas mães, esta dificilmente foi tratada em nível de ESF, preferindo-se atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou em hospitais de referência. Aqui se destaca a falta de comunicação entre as instituições de saúde com a referência e a contrarreferência, pois não existe uma relação efetiva entre os órgãos, dificultando as condutas e a aceitação dos usuários. A avaliação realizada por especialistas é sugerida pelos profissionais da unidade de ESF, entretanto ocorre demora no

atendimento, fazendo com que os cuidadores leigos procurem diretamente as unidades hospitalares para o atendimento ou até mesmo a rede privada.

Quanto as reinternações, essas foram frequentes, principalmente por problemas respiratórios, contudo pouco foi comentado sobre as medidas de prevenção aos agravos de problemas respiratórios, assim como não se conseguiu estabelecer o aleitamento materno.

Um ponto crucial a ser enfatizado é a necessidade de reorganização da comunicação entre as redes hospitalar e básica. A falta de comunicação entre esses órgãos está acarretando prejuízo à saúde dos prematuros tardios, visto que existe a transferência de responsabilidades de cuidados que não estão sendo realizados por nenhuma das partes.

Visando à redução das inadequações de linguagem ocorridas entre profissionais e cuidadores leigos, recomenda-se aos profissionais da saúde o direcionamento de ações específicas, considerando a imaturidade fisiológica do prematuro tardio e a cultura do local onde ocorrerá o desenvolvimento dessa criança. As novas tentativas de readequação das orientações, embasadas na cultura local, levarão à proximidade do conhecimento popular, para que se possam inferir orientações passíveis de serem realizadas, não desvalorizando o conhecimento familiar, e sim adaptando as verdadeiras necessidades do desenvolvimento do prematuro tardio.

Pode-se afirmar que o cuidado prestado ao prematuro tardio está ocorrendo de forma individualizada e desarticulada entre os cuidadores leigos e profissionais. Existe a necessidade de adequação dessa estrutura de atendimento e cuidado, visto que o objetivo central dos dois cuidadores, tanto o leigo quanto o profissional, é a manutenção da saúde e o melhor desenvolvimento do prematuro tardio, com redução das morbidades existentes.

Dessa forma, salienta-se que a etnografia possibilitou adentrar o contexto sociocultural e interagir com as mães, as crianças e seus familiares, bem como com os profissionais da saúde que os atendem, conhecendo o fluxo de atendimento que ocorre na ESF. Observa-se que determinados aspectos da cultura profissional ainda não se interligam com a cultura popular, sendo necessária a incorporação de práticas da cultura popular a suas orientações, a fim de alcançar a efetividade do cuidado com redução das morbidades, qualificando a vida e o desenvolvimento da criança.

À invisibilidade do prematuro tardio associam-se algumas limitações do estudo, que envolveram a dificuldade de identificação e captação das famílias; carteiras de pré-natal e dos recém-nascidos incompletas; e falta de um cadastro efetivo que controle a IG dos RNs. O fato de as equipes estarem incompletas e sem cobertura geral de suas áreas de abrangência também trouxe prejuízo na captação desses dados.

Outro evento que dificultou a coleta de dados foi o momento de transição política, que ocasionou a troca de diversos profissionais da saúde, acarretando uma quebra no processo de trabalho. Por fim, um obstáculo inicial do estudo referiu-se à frequente associação, por parte das mães, das pesquisadoras com as unidades de ESF, havendo a necessidade de coleta de dados por observação intensa, interligando com as falas, para que apenas após uma ou duas entrevistas ocorresse o vínculo e a descrição dos fatos, não causando danos ou prejuízo à coleta de dados.

Os resultados desta pesquisa chamam a atenção para a necessidade de se inserir um novo programa de atendimento específico ao prematuro tardio, dando-lhe visibilidade e atenção, e respeitando a cultura local onde ele está inserido. Também não se pode esquecer da necessidade de adequação dos critérios de alta hospitalar para essa população, visando a uma maior integração da rede hospitalar com as unidades de ESF.

Nessa perspectiva, a alta hospitalar do prematuro tardio deve ser compreendida, pelos profissionais da saúde, como um processo que ocorre desde o nascimento, ao longo da internação, e que continua na necessidade de vinculação do recém-nascido à unidade de ESF; e não apenas ser considerado como um evento burocrático e único, sem a exigência de orientações específicas e acompanhamento.

Salientando-se a característica de grande mobilidade familiar e profissional, no campo em estudo, evidencia-se a urgência de adequar a linguagem dos profissionais da saúde, tornando-a uniforme e objetivando acolher as pessoas, respeitando sua cultura, conseguindo estabelecer vínculos e uma relação de confiança, a fim de proporcionar as melhores práticas de cuidado ao prematuro tardio.

Uma forma de reduzir a invisibilidade do prematuro tardio pode ser por meio da construção de protocolos institucionais no atendimento hospitalar – já existentes

em outros países – e de um programa de acompanhamento adequado ao prematuro tardio, com orientações e cuidados específicos para serem observados e realizados nas unidades de ESF.

A fim de proporcionar uma redução das morbidades neonatais dos prematuros tardios, observa-se a necessidade de uma maior qualificação profissional, que poderia estar associada à criação de um programa de cuidados específicos ao prematuro tardio, bem como uma modificação na conduta dos profissionais da saúde. Estes precisariam realizar atividades de promoção à saúde e acompanhamento dos prematuros levando em consideração a cultura da comunidade. A qualificação do atendimento de pré-natal também é crucial para a prevenção de muitos nascimentos precoces. A busca ativa na ESF possui a finalidade de um atendimento integral, o qual também auxiliaria nesse cuidado. O que se observa na realidade são apenas indícios ou intenções de algumas equipes na busca ativa, mas que muitas vezes não respondem a necessidade de identificar o prematuro tardio.

Sendo assim, as crenças e valores familiares foram mandatórias no cuidado ao prematuro tardio, para tanto, cuidar desta criança implica além da qualificação profissional, adequação do número de profissionais, criação de novas práticas de cuidado no ambiente hospitalar e da saúde comunitária a integração da família com suas particularidades no cuidado a este prematuro respeitando sua cultura e contexto de moradia.

## REFERÊNCIAS

ANDREWS, M. et al. Chapter 3: Theoretical basis for transcultural care. **Journal of Transcultural Nursing**, Thousand Oaks, v. 21, no. 4 suppl., p. 53S-136S, Oct. 2010. Disponível em: <[http://tcn.sagepub.com/cgi/content/short/21/4\\_suppl/53S](http://tcn.sagepub.com/cgi/content/short/21/4_suppl/53S)>. Acesso em: 23 mar. 2013.

ARAÚJO, B. F. D. et al. Análise da morbiletalidade neonatal em recém-nascidos pré-termo tardios. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 3, p. 259-266, 2012.

ARRUDA, D. C. D.; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 120-128, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000100015&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100015&nrm=iso)>. Acesso em: 4 abr. 2013.

ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 1, p. 11-17, jul. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2008001300002&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300002&nrm=iso)>. Acesso em: 8 nov. 2012.

BAKER, B. et al. Staff nurses working together to improve care for late-preterm infants. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, Loveland, v. 9, no. 3, p. 139-142, 2009. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010421939&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 4 abr. 2013.

BARROS, F. C. et al. Prematuridade, baixo peso ao nascer e restrição do crescimento intrauterino em três coortes de nascimentos no Sul do Brasil: 1982, 1993 and 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 390-398, 2008.

BART, O. et al. Prediction of participation and sensory modulation of late preterm infants at 12 months: A prospective study. **Research in Developmental Disabilities**, Rochester, v. 32, no. 6, p. 2732-2738, Nov./Dec. 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089142221100223X>>. Acesso em: 7 nov. 2012.

BASTEK, J. A. et al. Adverse neonatal outcomes: examining the risks between preterm, late preterm, and term infants. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Philadelphia, v. 199, no. 4, p. 367.e1-367.e8, 2008. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937808009101>>. Acesso em: 10 out. 2012.

BEAUMAN, S. S.; MORRIS, A. C. Neonatal Resuscitation Guidelines and the late preterm infant. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, Loveland, v. 7, no. 2, p. 82-85, 2007. Disponível em:

<<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009666317&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 14 ago. 2013.

BENEVIDES, F. A. B. Hiperbilirrubinemia em recém-nascidos prematuros tardios: um sinal de alerta? **Revista de Saúde da Criança**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 41-43, 2010.

BONILHA, A. L. D. L.; STEFANELLI, M. C. Criança miúda: o cotidiano do cuidar no contexto familiar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. esp. p. 22-36, 1999. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4272/2241>>. Acesso em: 12 ago. 2012.

BONILHA, A. L. D. L. et al. Alojamento conjunto: um espaço de cuidado e educação. In: MORAIS, S. C. R. V.; SOUZA, K. V.; DUARTE, E. D. (org.). **Programa de atualização em enfermagem (PROENF): saúde materna e neonatal**. Porto Alegre: Artmed, v. 1, p. 9-36, 2010.

BRAGA, D. F.; MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, p. 293-302, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732008000300004&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000300004&nrm=iso)>. Acesso em: 8 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN)**. Brasília: MS, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília, 2013. v. 2.

BRYANTON, J. et al. Tub bathing versus traditional sponge bathing for the newborn. **JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, Malden, v.33, no. 1, p. 704-712, Nov./Dec. 2004.

CARVALHO, H. M. B. O recém-nascido pré-termo tardio: os desafios. **Revista de Saúde da Criança**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 14-18, 2011.

CARVALHO, W. O. D.; SOARES, D. A. Causas reduzíveis de morte perinatal em três municípios brasileiros. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 83-88, 2002.



CHIU, S. H.; ANDERSON, G. C. Effect of early skin-to-skin contact on mother-preterm infant interaction through 18 months: randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, London, v. 46, no. 1, p. 12, 2009.

CUNHA, E. F. C. et al. Aspectos sócioemocionais de mães de bebês prematuros. **Psicologia em Foco**, Maringá, v. 3, n. 2, p. 35-44, 2009.

DEMESTRE GUASCH, X. et al. Prematuros tardíos: una población de riesgo infravalorada. **Anales de Pediatría**, Madrid, v. 71, n. 4, p. 291-298, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403309003646>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

DIAZ, C. M. G. et al. Vivências educativas da equipe de saúde em unidade gineco-obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 364-367, 2010.

DIMITRIOU, G. et al. Determinants of morbidity in late preterm infants. **Early Human Development**, London, v. 86, no. 9, p. 587-591, 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378210001921>>. Acesso em: 8 jun. 2013.

DORNFELD, D.; PEDRO, E. N. R. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 190-198, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10925>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

DOUGLAS, M.; PACQUIAO, D. F. Core curriculum for transcultural nursing and health care preface. **Journal of Transcultural Nursing**, Thousand Oaks, v. 21, no. 4, p. 5S-6S, Oct. 2010. <[http://tcn.sagepub.com/content/21/4\\_suppl](http://tcn.sagepub.com/content/21/4_suppl)>. Acesso em: 9 maio 2013.

DOUGLAS, M. K. et al. Chapter 10: Research methodologies for investigating cultural phenomena and evaluating interventions. **Journal of Transcultural Nursing**, Thousand Oaks, v. 21, no. 4 suppl., p. 373S-405S, 2010. Disponível em: <[http://tcn.sagepub.com/cgi/content/short/21/4\\_suppl/373S](http://tcn.sagepub.com/cgi/content/short/21/4_suppl/373S)>. Acesso em: 9 maio 2013.

ENGLE, W. A. A recommendation for the definition of "late preterm" (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. **Seminars in Perinatology**, Plymouth, v. 30, no. 1, p. 2-7, 2006.

FERECINI, G. M. et al. Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 250-256, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000300003&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300003&nrm=iso)>. Acesso em: 8 jun. 2013.

FITZPATRICK, J. J.; KAZER, M. (Eds.) **Encyclopedia of nursing research**. 2. ed. New York: Springer, 2006.

FOUZAS, S. et al. Transcutaneous bilirubin levels in late preterm neonates. **The Journal of Pediatrics**, Cincinnati, v. 157, no. 5, p. 762-766.e1, 2010. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347610003951>>. Acesso em: 9 mar. 2013.

FRAGA, I. T. G.; PEDRO, E. N. R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 89-97, 2004.

FRAGA, T. F. et al. Percepção das mães sobre o processo comunicacional na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 612-619, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a19.htm>>. Acesso em: 10 set. 2011.

FUJINAGA, C. I. et al. Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 143-150, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-56872007000200002&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872007000200002&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. [1990]. Disponível em <[http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9999.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm)>. Acesso em: 8 abr. 2011.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 349-353, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000300012&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300012&nrm=iso)>. Acesso em: 28 set. 2011.

HALLOWELL, S. G.; SPATZ, D. L. The Relationship of brain development and breastfeeding in the late-preterm infant. **Journal of Pediatric Nursing**, Los Angeles, v. 27, no. 2, p. 154-162, 2012. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011464546&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 2 jul. 2013.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HILLMAN, N. Hyperbilirubinemia in the late preterm infant. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, Loveland, v. 7, no. 2, p. 91-94, 2007. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336907000372>>. Acesso em: 9 jan. 2012.

HOLTZ, C. Chapter 1: Global health issues. **Journal of Transcultural Nursing**, Thousand Oaks, v. 21, no. 4 suppl., p. 14S-38S, 2010a. Disponível em: <[http://tcn.sagepub.com/cgi/content/short/21/4\\_suppl/14S](http://tcn.sagepub.com/cgi/content/short/21/4_suppl/14S)>. Acesso em: 10 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. Chapter 2: Comparative systems of health care delivery. **Journal of Transcultural Nursing**, Thousand Oaks, v. 21, no. 4 suppl., p. 39S-51S, 2010b. Disponível em: <[http://tcn.sagepub.com/cgi/content/short/21/4\\_suppl/39S](http://tcn.sagepub.com/cgi/content/short/21/4_suppl/39S)>. Acesso em: 10 abr. 2012.

HUBBARD, E.; STELLWAGEN, L.; WOLF, A. The late preterm infant: a little baby with big needs. **Contemporary Pediatrics**, Memphis, v. 24, no. 11, p. 51-58, 2007. Disponível em:

<<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009732898&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 11 maio 2013.

ISHIGURO, A.; NAMAI, Y.; ITO, Y. M. Managing “healthy” late preterm infants.

**Pediatrics International**, Kensington, v. 51, no. 5, p. 720-725, 2009. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=44342992&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 14 out. 2012.

ISOTANI, S. M. et al. Linguagem expressiva de crianças nascidas pré-termo e termo aos dois anos de idade. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 155-60, 2009.

JOBIM, R.; AERTS, D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 179-187, 2008. ISSN 0102-311X. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100018&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100018&nrm=iso)>. Acesso em: 12 abr. 2012.

KAO, A. P. D. O. G.; GUEDES, Z. C. F.; SANTOS, A. M. N. D. Características da sucção não-nutritiva em RN a termo e pré-termo tardio, **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 5, 2011.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices**. New York: McGraw-Hill, 1995.

\_\_\_\_\_. Ethnography and etnonursing: models and modes of qualitative data analysis. In: LEININGER, M. (Ed.). **Qualitative research methods in nursing**. S.l., San Francisco: GreydenPress, 1998. p. 33-71.

LINHARES, M. B. M. et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 13, n. 1, p. 59-72, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2003000200006&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2003000200006&nrm=iso)>. Acesso em: 17 abr. 2012.

LOPES, M. C. D. L.; SANTANDER, C. A.; MARCON, S. S. Acompanhamento dos recém-nascidos de risco de uma Unidade Básica de Saúde de Maringá-PR. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 114-124, 2010. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-38522010000100012&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522010000100012&nrm=iso)>. Acesso em: 9 fev. 2013.

LUBOW, J. M. et al. Indications for delivery and short-term neonatal outcomes in late preterm as compared with term births. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 200, no. 5, p. e30-e33, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937808010776>>. Acesso em: 19 mar. 2012.

LUDWIG, S. M. Oral Feeding and the Late Preterm Infant. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, Loveland, v. 7, no. 2, p. 72-75, 2007. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336907000463>>. Acesso em: 14 jun. 2012.

LUSSKY, R. A century of neonatal medicine. **Minnesota Medicine**, Minneapolis, v. 82, no. 1, 1999. Disponível em: <<http://www.mnmed.org/publicationa/MnMed1999/December>>. Acesso em: 15 fev. 2006.

MAGALHÃES, D. M. D. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1109-1120, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001000008&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000008&nrm=iso)>. Acesso em: 8 nov. 2012.

MAFFEI, H. V. L. et al. História clínica e alimentar de crianças atendidas em ambulatório de gastroenterologia pediátrica (GEP) com constipação intestinal crônica funcional (CICF) e suas possíveis complicações. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 5, p. 280-286, 1994.

MARCH OF DIMES FOUNDATION et al. **Born too soon**: the global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization, 2012.

MARTINEZ, C. 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. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 73-81, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552007000100012&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100012&nrm=iso)>. Acesso em: 23 out. 2012.

MARTÍNEZ M., J. L.; DÍAZ H., R.; SÁNCHEZ C., E. Accidente vascular encefálico en recién nacidos de término y pretérmino tardíos **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v. 80, n. 1, p. 5, 2009.

MCGRATH, J. M. Family dynamics. "He's just a little small": helping families to understand the implications of caring for a late preterm infant. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, Loveland, v. 7, no. 2, p. 120-121, 2007. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009666324&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 7 abr. 2013.

MEDVES J. M.; O'BRIEN B. The effect of bather and location of first bath on maintaining thermal stability in newborns. **JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, Malden, v. 33, no. 2, p. 175-182, Mar./Apr. 2004.

MEIER, P. P.; FURMAN, L. M.; DEGENHARDT, M. Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: Evidence and management strategies to protect breastfeeding. **Journal of Midwifery & Womens Health**, Malden, v. 52, no. 6, Nov./Dec. 2007.

MELLO, R. R. D. et al. **Fatores de risco neonatais para morbidade respiratória no primeiro ano de vida em prematuros**. Sao Paulo Med J., São Paulo, v. 124, n. 2, p. 77-84, 2006.

MELO, J. M. D. et al. Conhecendo a captação de informações de mães sobre cuidados com o bebê na estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 280-286, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000200010&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200010&nrm=iso)>. Acesso em: 10 maio 2012.

MORAES, D. M.; PIMIENTA, M.; MADERA, N. Morbilidad en pretérminos tardíos: estudio prospectivo caso control multicéntrico. **Archivos de Pediatría del Uruguay**, Montevideo, v. 80, n. 3, p. 6, 2009.

MORETTO, V. L. **A capacitação participativa de pré-natalistas em uma unidade básica de saúde**: um estudo de caso. 2010. 105 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MOTA, M. R. R. P. D. **Representações sociais da gravidez**: a experiência da maternidade em instituição. 2011. 85 f. (Mestrado em Política Social) – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, 2011.

NAGANO, N. et al. Early postnatal changes of lipoprotein subclass profile in late preterm infants. **Clinica Chimica Acta**, Philadelphia, v. 413, no. 1-2, Jan. 18 2012.

NASCIMENTO, M. B. R. D.; ISSLER, H. Aleitamento materno: fazendo a diferença no desenvolvimento, saúde e nutrição dos recém-nascidos de termo e pré-termo. **Revista do Hospital das Clínicas**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 49-60, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0041-87812003000100010&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-87812003000100010&nrm=iso)>. Acesso em: 12 set. 2012.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 80, n. 5, p. 163-62, 2004.

PEDRON, C. D. **Unidade neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**: implantação e práticas de atendimento. 2007. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

PETRINI, J. R. et al. Increased risk of adverse neurological development for late preterm infants. **The Journal of Pediatrics**, Cincinnati, v. 154, no. 2, p. 169-176.e3, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347608006999>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

PICONE, S.; PAOLILLO, P. Neonatal outcomes in a population of late-preterm infants. **Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, London, v. 23, no. 1, p. 116-120, 2010. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=54135453&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em 8 set. 2012.

PINTO, E. B. O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 76-85, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722009000100011&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000100011&nrm=iso)>. Acesso em: 10 out. 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/pms.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2011.

\_\_\_\_\_. **Equipes do Estratégia de Saúde da Família**. 2013. Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=852](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=852)>. Acesso em: 3 set. 2013.

PROCIANOY, R. **Prematuros tardios: epidemiologia e problemas mais comuns**. [S.l.: s.n.] 2009. 5 f. Trabalho apresentado ao 34º Congresso Brasileiro de Pediatria. Brasília, 2009.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Os Objetivos de desenvolvimento do milênio**. [2000]. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

RADTKE, J. V. The paradox of breastfeeding-associated morbidity among late preterm infants. **JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, Malden, v. 40, no. 1, p. 9-24, Jan./Feb. 2011. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010908934&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores de mortalidade**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#mort>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

ROJAS FERIA, P. et al. Complicaciones a corto plazo de los recién nacidos pretérmino tardíos. **Anales de Pediatría**, Madrid, v. 75, n. 3, p. 169-174, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403311002530>>. Acesso em: 16 set. 2012.

ROMEO, D. M. et al. Neurodevelopmental outcome at 12 and 18 months in late preterm infants. **European Journal of Paediatric Neurology**, Bolton, v. 14, no. 6, p. 503-507, 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1090379810000280>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

RUGOLO, L. M. S. D. S. **Manejo do recém-nascido pré-termo tardio: peculiaridades e cuidados especiais**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2011. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/Pre-termo-tardio-052011.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2012.

SANTORO JÚNIOR, W.; MARTINEZ, F. E. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 83, n. 1, p. 541-546, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572007000800011&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000800011&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jun. 2012.

SANTOS, R. S.; ARAÚJO, A. P. Q. C.; PORTO, M. A. S. Diagnóstico precoce de anormalidades no desenvolvimento em prematuros: instrumentos de avaliação. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 84, n. 1, p. 289-299, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572008000400003&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000400003&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jun. 2012.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-268, 2003.

SCOCHI, 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-SP, Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 145-154, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4992/3235>>. Acesso em: 8 maio 2013.

SHAPIRO-MENDOZA, C. K. et al. Risk factors for neonatal morbidity and mortality among “healthy” late preterm newborns. **Seminars in Perinatology**, Plymouth, v. 30, no. 2, p. 54-60, 2006. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009206656&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 14 fev. 2012.

SILVEIRA, R. S. D. et al. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 442-446, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000300017&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300017&nrm=iso)>. Acesso em: 8 abr. 2012.

SIQUEIRA, M. B. D. C. **Sentidos atribuídos aos cuidados domiciliares pelas mães de recém-nascidos egressos de unidade de terapia intensiva neonatal**. 2008: 105f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

SOUZA, N. L. D. et al. Domestic maternal experience with preterm newborn children. **Revista de Salud Pública**, Bogota, v. 12, n. 3, p. 356-367, 2010. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642010000300002&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300002&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan. 2013.

SOUZAS, R.; ALVARENGA, A. T. D. Da negociação às estratégias: relações conjugais e de gênero no discurso de mulheres de baixa renda em São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 15-34, 2001.

STOLTZ, J. E.; STRAUGHN, S.; KUPSICK, C. Development of a late preterm infant Initiative on the Postpartum Unit. **JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, Malden, v. 40, no. 1, p. S29-S29, 2011. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011172144&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 29 mar. 2012.

TOMASHEK, K. M. et al. Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the united states, 1995-2002. **The Journal of Pediatrics**, Cincinnati, v. 151, no. 5, p. 450-456.e1, 2007. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347607004519>>. Acesso em: 9 ago. 2013.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 79-88, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4703/2621>>. Acesso em: 1º out. 2012.

TRONCO, C. S. et al. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 108-113, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a19.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

TSAI, M. L. et al. Prevalence and morbidity of late preterm infants: current status in a medical center of northern Taiwan. **Pediatrics & Neonatology**, Taiwan, v. 53, no. 3, p. 171-177, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875957212000538>>. Acesso em: 8 abr. 2013.

VARDA K. E.; BEHNKE R. S. The effect of timing of initial bath on newborn's temperature. **JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, Malden, v. 29, no. 1, p. 27-32, Jan-Feb 2000.

VOIGT, B. et al. Cognitive development in very vs. moderately to late preterm and full-term children: can effortful control account for group differences in toddlerhood? **Early Human Development**, Bethesda, v. 88, no. 5, p. 307-313, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378211002969>>. Acesso em: 8 ago. 2013.

WALKER, M. Breastfeeding the late preterm infant. **JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, Malden, v. 37, no. 6, p. 692-701, 2008. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010099369&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

WEISSHEIMER, A. M. **O parto na cultura teuto-gaúcha**. 2002: 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.



**APÊNDICE A – Ficha de observação do diário de campo**

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Pesquisador: \_\_\_\_\_

Descrição da observação:

---

---

---

---

---

---

---

---

Reflexões sobre a observação:

---

---

---

---

---

---

---

---

Anotações sobre prontuário, carteira de pré-natal e da criança:

---

---

---

---

---

---

---

---

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Mães

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MÃES

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: **O cuidado leigo e profissional na prematuridade: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal** que pretende conhecer como acontece o cuidado das crianças que nasceram antes do final esperado para a gestação e o cuidado que suas mães tiveram durante a gestação. A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido. Você responderá algumas perguntas e anotações sobre você e seu bebê, conhecer como foi o seu atendimento desde o pré-natal, além de consultar algumas informações em seu prontuário e em sua carteira de pré-natal e carteira de saúde do seu filho(a), sendo as mesmas fotografadas. Suas respostas serão gravadas em gravador digital. Esta entrevista terá duração em torno de 30 minutos. Posteriormente, iremos entrevistá-la novamente, em seu domicílio, no período de 90 e de 180 dias, para saber sobre a saúde do seu filho. As entrevistas serão passadas para o papel e após serão apagadas do gravador e ficarão guardadas em papel por cinco anos pelas as pesquisadoras. O seu nome não será divulgado em tudo que for dito e utilizado pela pesquisa. Pedimos licença para poder anotar alguns dados observados sobre a pesquisa. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.

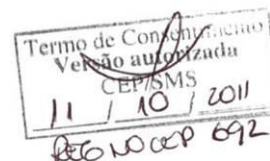
Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação ou do seu bebê com o serviço de saúde. É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto.

Caso você aceite participar da pesquisa. As pesquisadoras deste trabalho são as professoras doutoras Ana Lucia de Lourenzi Bonilha e Lilian Córdova do Espírito Santo e as alunas de doutorado e mestrado, Cecilia Drebes Pedron e Mariana Bello Porcincula, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande Federal do Rio Grande do Sul. O telefone para contato é (051) 3308-5428, com o Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de saúde de Porto Alegre, pelo telefone 51- 32895517 / 91441379.

Data:.....  
 Local:.....  
 Nome do sujeito de pesquisa:.....  
 Assinatura do sujeito de pesquisa:.....  
 Assinatura das pesquisadoras: .....

.....  
 .....

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (a) pesquisador(a) responsável.



Rubrica Sujeito de Pesquisa	Rubrica Pesquisador Responsável	Data	TCLE - versão

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Profissionais

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **O Cuidado Leigo e profissional na Prematuridade: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal** que pretende conhecer como acontece o cuidado das crianças que nasceram antes do final esperado para a gestação e o cuidado que suas mães tiveram durante a gestação. A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido. Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer perguntas sobre o atendimento de algumas gestantes que tiveram filhos prematuros e também de seus filhos. As respostas serão gravadas em gravador digital. Esta entrevista terá duração em torno de 30 minutos. Posteriormente, iremos entrevistá-lo(a) novamente no período de 180 dias para saber sobre a saúde da criança. As entrevistas serão transcritas e após desgravadas, ficando arquivadas por cinco anos pelas pesquisadoras. Fica assegurado o caráter confidencial das informações e a garantia de que seu nome não será divulgado. Durante o período de coleta de dados as pesquisadoras estarão fazendo anotações sobre os dados observados na unidade referentes à pesquisa. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir, se assim desejar, sem qualquer prejuízo para a sua atividade profissional. É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto.

Caso você aceite participar da pesquisa. As pesquisadoras deste trabalho são as professoras Ana Lucia de Lourenzi Bonilha e Lilian Córdova do Espírito Santo e as alunas de doutorado e mestrado, Cecilia Drebes Pedron e Mariana Bello Porcincula, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande Federal do Rio Grande do Sul. O telefone para contato é (051) 3308-5428, com o Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de saúde de Porto Alegre, pelo telefone 51- 32895517 / 91441379.

Data.....

Local:.....

Nome do sujeito de pesquisa:.....

Assinatura do sujeito de pesquisa:.....

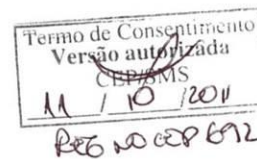
Assinatura das pesquisadoras: .....

.....

.....

.....

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (a) pesquisador(a) responsável.



Rubrica Sujeito de Pesquisa	Rubrica Pesquisador Responsável	Data	TCLE - versão

## APÊNDICE D – Roteiro para entrevista com mães das crianças prematuras

Unidade: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Número da entrevista: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Agente de Saúde: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Fone: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 DN: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Situação conjugal: \_\_\_\_\_  
 RN ficou internado: \_\_\_\_\_ Nome do RNPT: \_\_\_\_\_  
 Abortos: \_\_\_\_\_  
 DN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: \_\_\_\_\_  
 Ganho de peso na gestação: \_\_\_\_\_ Acompanhante no PN: \_\_\_\_\_  
 Teve acompanhante no parto: \_\_\_\_\_ 1ª Mamada: \_\_\_\_\_  
 Motivo do parto prematuro: \_\_\_\_\_  
 Realizou pré-natal no posto: \_\_\_\_\_ Nº de consultas: \_\_\_\_\_ Foto carteira: \_\_\_\_\_  
 Acompanhamento puericultura: \_\_\_\_\_ Foto carteira: \_\_\_\_\_  
 Número de filhos: \_\_\_\_\_ Idade dos filhos: \_\_\_\_\_  
 Com quem reside: \_\_\_\_\_  
 Atividade principal: \_\_\_\_\_  
 Renda per capita familiar: \_\_\_\_\_  
 Tipo de moradia: \_\_\_\_\_  
 Religião: \_\_\_\_\_  
 Hábitos de lazer: \_\_\_\_\_  
 Tipo e condições de moradia: número de cômodos, água, luz: \_\_\_\_\_  
 Serviços de saúde que utiliza: \_\_\_\_\_  
 Quem auxilia no cuidado ao bebê: \_\_\_\_\_

### Questões norteadoras:

#### 1ª Entrevista:

Data: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Pesquisadora: \_\_\_\_\_

#### Sobre a mãe:

- Como foi o teu cuidado na gravidez?

1. Como foi o teu cuidado durante a última gravidez?

2. Fez pré-natal? Se sim, fale sobre ele. Se não, fale sobre o motivo.

3. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: alimentação; sono e repouso; atividades físicas; trabalho; lazer; atividade sexual; religiosidade; cuidado do lar; orientações de saúde; e vestuário.

- Já tiveste participação em outra gravidez? O que era orientado a elas? E tu fazes algo destas orientações?

- Modificaste algum hábito?

- O que teus pais ou irmãos te ensinaram?

- O que você aprendeu com a TV, com revistas, jornais e internet?

### **Sobre o bebê:**

- Como ocorre o cuidado do teu filho no domicílio?

1. Como acontecem os cuidados com a alimentação e a amamentação do teu filho?

2. Como é o cuidado do teu filho em casa? Fale sobre o cuidado do dia a dia com ele.

3. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.

- Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde na rede básica?

1. Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde? Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário.

Já fez consulta com o bebê? Coletou teste do pezinho? Quais orientações foram dadas sobre as vacinas?

2. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: alimentação/amamentação; higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.

- Já tiveste participação em outra gravidez? O que era orientado a elas? E tu fazes algo destas orientações?

- Modificaste algum hábito?

- O que teus pais ou irmãos te ensinaram?

- O que você aprendeu com a TV, com revistas, jornais e internet?

- Por ser prematuro te disseram algo em relação ao desenvolvimento? Estimulação? Amamentação? Remédios? Vacinas? Passeios? Roupas?

**APENDICE E – Roteiro para entrevista com mães das crianças prematuras -  
Entrevistas 2 e 3**

Unidade: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Número da entrevista: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Agente de Saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Situação conjugal: \_\_\_\_\_

RN ficou internado: \_\_\_\_\_ Nome do RNPT: \_\_\_\_\_

Abortos: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: \_\_\_\_\_

Local da entrevista: \_\_\_\_\_ Pesquisadoras: \_\_\_\_\_

**Sobre o bebê:**

- Como ocorreu o cuidado do teu filho no domicílio durante estes últimos dois meses?

1. Como é cuidado do teu filho em casa? Fale sobre o cuidado do dia a dia com ele.
2. Como acontecem os cuidados com a alimentação e a amamentação do teu filho? O que você acha que deveria ser evitado de dar para o bebê ainda?
3. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: medicação, doenças, vacinas; banho, troca de fraldas; passeios; hábito de sono; brincadeiras do bebê; religiosidade; roupas.
4. O que tu aprendeste com jornais, revistas, internet e televisão sobre cuidar de bebês?
5. O que tua família, teus amigos e vizinhos te ensinaram sobre o cuidado com o bebê?
6. Você está tendo algum cuidado especial com ele por ele ter nascido prematuro?
7. Tem alguma coisa que você acha que não deva ser feito com o bebê pelo fato de ele ser prematuro?
8. Como está a tua programação de trabalho, estudo?

- Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde na rede básica?

1. Como aconteceu o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde? Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário?
2. O que estes profissionais orientaram sobre: alimentação; vacinas, medicação, doenças; desenvolvimento; peso e altura; sono; higiene; religião; vestuário?

## APÊNDICE F – Roteiro para entrevista com profissionais da saúde da ESF

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na unidade: \_\_\_\_\_ Tempo de trabalho na atenção básica: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Formação acadêmica: \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_\_ Tipo de vínculo profissional: \_\_\_\_\_

Quais capacitações recebeste sobre o cuidado à mulher e à criança na atenção básica nos últimos cinco anos? \_\_\_\_\_

### QUESTÕES NORTEADORAS:

- Apresentar o projeto e o seu objetivo geral.
- Indicar o nome da mãe, nome da criança, idade gestacional, data de nascimento da criança, focos da entrevista.

#### Sobre a mãe:

Fale sobre o seu atendimento à nome da mãe durante a gestação/pré-natal.

#### Sobre o bebê:

Fale sobre o seu atendimento ao nome da criança desde o seu nascimento.

#### Geral:

1. No seu entendimento, qual é o papel dos agentes comunitários, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos no atendimento à gestante de baixo risco?
2. No seu entendimento, qual é o papel dos agentes comunitários, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos no atendimento à gestante de alto risco?
3. No seu entendimento, qual é o papel dos agentes comunitários, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos no atendimento ao recém-nascido pré-termo na comunidade?
4. No seu entendimento, qual é o papel dos agentes comunitários, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos no atendimento à mãe do recém-nascido pré-termo na comunidade?

## APÊNDICE G – Roteiro para entrevista com mães e profissionais da saúde da ESF

---

### MÃES

---

Unidade: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Número da entrevista: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Agente de Saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Situação conjugal: \_\_\_\_\_

RN ficou internado: \_\_\_\_\_ Nome do RNPT: \_\_\_\_\_

Abortos: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: \_\_\_\_\_

Local da entrevista: \_\_\_\_\_ Pesquisadoras: \_\_\_\_\_

---

### PROFISSIONAIS

---

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Formação acadêmica: \_\_\_\_\_

### GESTANTE

1. Olhando as carteiras de pré-natal foi visto que as mães começavam a fazer o PN mais tarde. Deveria ser iniciado até as 12 semanas e muitas começaram com 20 semanas ou mais. Porque tu achas que isso acontecia?

2. Algumas das mães precisaram fazer o pré-natal de risco no hospital e mantiveram fazendo tanto no hospital quanto no posto. Mas vimos que as mães não relacionavam as informações do hospital com o posto. Como funciona a inter-relação entre o hospital e o posto?

### CRIANÇA

1. Foi observada uma característica das mães, que é a mudança de endereço, algumas são fora de área, outras se mudaram, outras vieram quando seus bebês estavam nascendo. O que tu achas que leva a essa mudança constante de



endereço? (fora de área; tráfico/abuso/maus tratos; lugar maior/melhor; conflitos familiares)

2. Outro ponto que nos chamou a atenção é que as mães dizem que não sabiam que seus filhos eram prematuros, mas durante a entrevista acabaram dizendo que sabiam que era prematuro ou estava escrito nas carteiras que eram prematuros. O que tu achas que houve? Por que tu achas que as mães não sabiam ou não lembravam que foi dito que os bebês eram prematuros?

3. Durante as entrevistas, foi visto que nas consultas do bebê as mães acabavam não comentando o que de fato estavam fazendo, tanto de cuidado (banho/trocas de fraldas) quanto em relação à amamentação. Por que existe essa diferença? Por que não é dito aos profissionais o que de fato está sendo feito com os bebês? Contam outra história para conseguir o que precisam para o bebê?

4. Os amigos e familiares falam diversas orientações e os profissionais às vezes falam diferente. E observei que grande parte das vezes as mães faziam o que os amigos ou familiares diziam no lugar de fazer o que os profissionais diziam. Por que tu achas que isso acontecia?

5. Algumas vezes as mães entenderam umas informações que não eram corretas em relação ao que deveria ser feito, como por exemplo, passar óleo no umbigo do bebê para cair. Você acha que foi falado isso mesmo ou as mães entenderam errado? O que pode estar acontecendo?

6. Foi visto que algumas informações que os familiares davam não deveriam ser mais usadas e as mães sabiam disso. Um exemplo é a amamentação cruzada. E mesmo assim faziam. Por que algumas coisas continuam a ser feitas mesmo sabendo que não devem mais ser feitas?

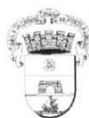
7. Muitas mães acabaram procurando outros médicos para serem tratadas tanto no PN quanto nas consultas do bebê. Por que está acontecendo essa procura a outros profissionais que não os do posto?

8. As entrevistas foram feitas no posto, nas casas das mães, em escolas. Por que tu achas que às vezes precisávamos fazer as entrevistas em outros lugares que não as casas das mães?

9. Muitas mães acabaram parando de trabalhar para cuidar dos filhos. Umas disseram que era por falta de creche, outras não tinham empregos, outras queriam deixar as crianças falarem para evitar abusos/maus tratos e acabavam procurando outros recursos para sustentar seus filhos. Por que tu achas que isso acontecia?

10. Vimos que muitas mães não davam banho nos seus bebês durante o inverno. Será que isso era dito pelos profissionais? Será que alguém diz para as mães que o banho também é importante para o bebê mesmo no frio? E outro dado que surgiu foi a presença dos avôs dando banho e auxiliando no cuidado. Isso está acontecendo mais frequentemente?

## ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

### PARECER CONSUBSTANCIADO

**Pesquisador (a) Responsável:** Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

**Registro no CEP:** 692 **Processo N.º.** 001.039956.11.3

**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – ESF Santa Tereza e a ESF Osmar Freitas

**Utilização:** TCLE

**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.039956.11.3, referente ao projeto de pesquisa: “**O cuidado leigo e profissional na pré maturidade: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós natal**”, tendo como pesquisador responsável Ana Lucia de Lourenzi Bonilha cujo objetivo é “Identificar o cuidado leigo e profissional relacionado à prematuridade, no período gestacional das mães de crianças que nasceram prematuramente e desses bebês até o sexto mês após a alta hospitalar no contexto da Estratégia de Saúde da Família”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como APROVADO.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data e a apresentação do trabalho em CD no final;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 11/10/2011.

Elen Maria Borba  
Coordenadora do CEP

## ANEXO B – Termo Aditivo de Aprovação do Comitê de Ética



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

### PARECER CONSUBSTANCIADO

**Pesquisador (a) Responsável:** Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

**Registro no CEP:** 692 **Processo N.º.** 001.039956.11.3

**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – ESF Santa Tereza e a ESF Osmar Freitas – Adendo: ESF Cruzeiro do Sul e ESF Mato Grosso

**Utilização:** TCLE

**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N.º.001.039956.11.3, referente ao projeto de pesquisa: **“O cuidado leigo e profissional na prematuridade: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal.**

Em 28 de agosto foi aprovado Adendo para inclusão de mais duas unidades de Saúde da Família no estudo.

De acordo com os procedimentos internos estabelecidos nesta instituição, bem como as exigências das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n.ºs 196/96, 251/97 e 292/99, este Comitê de Ética em Pesquisa considera **APROVADO** o referido projeto, em sua Reunião Ordinária realizada em 11 de outubro de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar com o relatório final todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas, juntamente com o formulário disponível no site e CD com trabalho concluído;
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 28/08/2012.

  
 Maria Mercedes Bendati  
 Coordenadora do CEP

## ANEXO C – Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ)



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

### CARTA DE APROVAÇÃO

**Projeto Docente:** 11/2011  
**Versão Mês:** Jun/2011

**Pesquisadores:** Profa. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha,  
Profa. Lilian Cordova do Espírito Santo  
**Acadêmicas:** Cecília Drebes Pedron,  
Mariana Bello Porciuncula

**Título:** O CUIDADO LEIGO E PROFISSIONAL NA PREMATURIDADE: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal.

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.

Porto Alegre, 28 de junho de 2011.

Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes  
Coordenadora COMPESQ/EENF

Eliane Pinheiro de Moraes  
Coordenadora Compesq  
EEnf - UFRGS