



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

LEILA MEDEIROS MELO

(CON) VIVENDO COM O BEBÊ PREMATURO DE MUITO BAIXO PESO (<1.500g): A
EXPERIÊNCIA MATERNA DURANTE A INTERNAÇÃO E APÓS A ALTA
HOSPITALAR.

FORTALEZA

2010

LEILA MEDEIROS MELO

(CON) VIVENDO COM O BEBÊ PREMATURO DE MUITO BAIXO PESO (<1.500g): A
EXPERIÊNCIA MATERNA DURANTE A INTERNAÇÃO E APÓS A ALTA
HOSPITALAR.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, gestão e avaliação em Saúde.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Márcia Maria Tavares Machado.

FORTALEZA

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- M485c Melo, Leila Medeiros.
 (Con)vivendo com o bebê prematuro de muito baixo peso (<1.500g): a experiência materna durante a internação e após a alta hospitalar / Leila Medeiros Melo. – 2010.
 138 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2010.
 Área de concentração: Políticas, gestão e avaliação em Saúde.
 Orientação: Prof. Dra. Márcia Maria Tavares Machado.
1. Prematuro. 2. Cuidado do Lactente. 3. Aleitamento Materno. 4. Humanização da Assistência. 5. Assistência Domiciliar. I. Título.

CDD 618.92011

LEILA MEDEIROS MELO

(CON) VIVENDO COM O BEBÊ PREMATURO DE MUITO BAIXO PESO (<1.500g): A
EXPERIÊNCIA MATERNA DURANTE A INTERNAÇÃO E APÓS A ALTA
HOSPITALAR.

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, da Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial para obtenção do grau
de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Márcia Maria Tavares Machado (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^a. Dr^a. Karla Maria Carneiro Rolim
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Ao meu filho, meu anjo, meu príncipe Gael, por todas as ausências que esta árdua empreitada o forçou a viver, e pelos sorrisos, os abraços e o amor a mim devotados em todos os momentos revelando-me, na sua inocência, o quanto ele foi capaz de compreender-me.

AGRADECIMENTOS

Ao meu bom e amado Jesus e sua mãe Maria Santíssima que, nos momentos de cansaço e dor, foram meu conforto espiritual, minha rocha firme! Por tudo que vivi, por cada momento de graça e de providência, elevo ao céu o meu louvor.

Às mães desta pesquisa, pela delicadeza com que abriram suas casas e vidas.

Aos meus pais, Melo e Mariana que, além do amor incontestado e de todo o apoio à minha vida acadêmica, fizeram-se muito presentes na criação de Gael, cuidando do que me parecia impossível naquele momento.

Ao meu esposo amado, Marcos Egberto, por sonhar comigo e até por mim. Sem ele eu não teria forças para tentar e não teria chegado até aqui.

Aos meus irmãos e familiares, à minha sogra Socorrinha e minha cunhada Ligiana que, talvez sem entender as exigências do mestrado, torceram e cuidaram dos meus meninos e de mim.

À família de seu Marcos e dona Lucineida (muito minha também), por todo o carinho, pelo aluguel constante e pelos sorrisos reanimadores da jornada.

Ao meu querido colega de mestrado, Dr Luiz Carlos, por ter aberto as primeiras portas da maternidade à pesquisa e por ceder-me os préstimos de sua doce secretária, Mary. Aproveito para agradecer também a ela e à Célia, atendente do follow-up, pela disponibilidade com os dados de cada bebê.

Às secretárias do mestrado, Dominik e Zenaide. Só Deus pode retribuir-lhes a ajuda constante, a compreensão e a boa-vontade. Este curso não seria o mesmo sem sua doçura.

Ao colega de mestrado André Moura por dividir comigo momentos de grande aprendizado.

Aos amigos de longe e de perto, presentes no cuidado com o Gael, nas palavras de incentivo e nas muitas orações.

À FUNCAP (Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico), pela bolsa de mestrado.

À minha orientadora, professora Márcia Machado, pela confiança em mim depositada em meio a tantos outros candidatos, por descortinar-me o mundo tão encantador da investigação qualitativa, e apoiar, com exigência e afinco, cada passo desta jornada.

“Antes que no seio fosses formado, eu já te conhecia; Antes de teu nascimento, eu já te havia consagrado” Jr 1, 5

RESUMO

O avanço dos cuidados perinatais possibilitou a sobrevivência de um número cada vez maior de crianças de muito baixo peso ao nascer (MBPN), criando a necessidade de reflexão acerca das orientações prestadas à mãe durante a hospitalização do bebê, bem como sua repercussão no dia-a-dia dos cuidados domiciliares - temática ainda pouco estudada. Este estudo objetivou investigar os aspectos relacionados à saúde e nutrição de crianças prematuras extremas, com peso ao nascer inferior a 1.500g, a partir das vivências maternas durante o período da internação do bebê e após a alta hospitalar. Neste sentido, a abordagem qualitativa, exploratório-descritiva, com utilização de entrevistas semi-estruturadas, buscou abordar a experiência vivenciada por onze mães que deram à luz a seus bebês com MBPN na maternidade Assis Chateaubriand. As entrevistas foram realizadas no domicílio das mães, entre os meses de junho e outubro de 2009. Através de uma análise compreensivo-interpretativa, os resultados apontaram dificuldades intersubjetivas de comunicação com os profissionais de saúde, a ocorrência expressiva do desmame precoce com a introdução de mingaus e outros alimentos prejudiciais à saúde do bebê prematuro, diferenças significativas entre as orientações prestadas nas enfermarias da maternidade (método canguru), grande dificuldade no exercício da maternagem após a alta e a existência de uma rede de apoio informal, durante as consultas de follow-up, em que a opinião de outras mães e familiares determinou a prática assumida no cuidado domiciliar. Além disso, a desarticulação nos sistemas de referência e contra-referência dos serviços de saúde tem comprometido a qualidade do atendimento prestado. Evidenciou-se que as mães precisam ser acolhidas em grupos formais de aconselhamento durante e após o internamento, com orientação e escuta mútua, recebendo informações estruturadas sobre a alimentação e o cuidado domiciliar para estabelecer práticas de cuidado mais adequadas à saúde de seus filhos. Além disso, a ampliação da sala destinada à ordenha mamária e, também, da capacidade de atendimento e orientação da enfermaria Canguru são mudanças pertinentes dentro da estrutura da maternidade que parecem capazes de proporcionar melhores condições ao cuidado materno com o bebê MBPN.

Palavras-chave: Prematuro. Cuidado do lactente. Aleitamento materno. Humanização da assistência. Assistência domiciliar.

ABSTRACT

The advance in perinatal care allowed the survival of a growing number of very low birth weight (VLBW) infants, creating the need for questioning orientations given to mothers during their babies hospitalization, as well as its repercussion in daily homecare – a theme still insufficiently explored. The aim of this study was to investigate aspects regarding health and nutrition of extreme premature babies, with birth weight less than 1.500g from the mothers' experiences during hospitalization and after discharge. Thus, the qualitative approach, exploratory-descriptive, along the use of semi-structured interviews intended to access the experience of eleven mothers who delivered their newborns with VLBW in Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Interviews took place at the mothers' domicile between June and October, 2009. Over a comprehensive interpretative analysis, the results pointed to the intersubjective communication difficulties with health care professionals, the large occurrence of early weaning and introduction of porridge and other food that are harmful to the preterm baby health, important differences between the orientations provided at the ward in the maternity hospital (kangaroo method), great difficulty in the role of motherhood after discharge and the existence of an informal support network during the follow up consultations when the other mothers and relatives' opinions determined the assumed practice of home care. Besides, the lack of communication between the reference and counter-reference systems of the health units compromises the quality of the provided care. Moreover, mothers need to be taken in formal counseling groups while their babies are in the hospital and after, with orientation and mutual listening, receiving structured information about feeding and home care to apply more adequate methods in the care of VLBW neonate. The enlargement of the room intended to manual milking and also the capacity of reception and orientation at the kangaroo ward are relevant changes inside the structure of the maternity hospital that seem to be capable of ensuring better conditions in the maternal care of the VLBW infant.

Keywords: Premature infant. Infant care. Breast feeding. Humanization of assistance. Home nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias Temáticas	47
---------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ISEA	Instituto de Saúde Elpídeo de Almeida
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
MBPN	Muito Baixo Peso ao Nascer
UNICEF	The United Nations Children's Fund
PAISMC	Programa de Assistência à Saúde da Mulher e da Criança
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
UTINs	Unidades de Terapia Intensiva Neonatal
BPN	Baixo Peso ao Nascer
RNMBP	Recém-Nascidos Muito Baixo Peso
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
MEAC	Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Sumário

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 A escolha do tema	13
1.2 Objetivos da pesquisa.....	14
1.2.2 <i>Objetivos específicos</i>	14
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	16
2.1 O histórico brasileiro de assistência à prematuridade	16
2.2 A prematuridade: um problema de saúde pública	17
2.3 Nutrição do prematuro	21
2.3.1 <i>O aleitamento materno</i>	21
2.4 Aspectos emocionais da mãe no cuidado ao filho prematuro	28
2.5 O cuidar de uma criança prematura.....	30
2.6 A assistência médica	32
3 PERCURSO METODOLÓGICO	37
3.1 Caracterização da pesquisa.....	37
3.2 Descrição do local de estudo.....	38
3.3 Sujeitos da pesquisa	38
3.4 Procedimento e técnicas de coleta e registro de informações	40
3.4.1 A entrevista piloto	41
3.5 Análise e interpretação das informações	42
3.6 Aspectos éticos.....	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1 Características das mães entrevistadas e dos bebês prematuros.....	44
4.1.1 <i>Dados maternos</i>	44
4.1.2 <i>Dados relacionados ao bebê prematuro</i>	45
4.2 Categorias temáticas centrais	46
4.2.1 <i>O trabalho de parto prematuro e seu contexto</i>	38
4.2.1.1 <i>Sinais de prematuridade não evidenciados pelo sistema de saúde</i>	38
4.2.1.3 <i>A sensação materna de culpa</i>	45
4.2.2 O nascimento prematuro	47
4.2.3 Cuidados durante a internação	58
4.2.4 A mãe, o aleitamento e a fadiga	75
4.2.5 Cuidados em domicílio.....	85
4.2.6 O follow-up do bebê e as sugestões maternas.....	95
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101

REFERÊNCIAS	105
APÊNDICE A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	
APÊNDICE B – Roteiro da observação participante	
APÊNDICE C – Roteiro da entrevista semi-estruturada.....	
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética.....	

1 INTRODUÇÃO

1.1 A escolha do tema

Lembro-me com emoção de minha primeira paciente, que de tão pequena deu-me a amedrontada impressão de escapar por entre as incontáveis mantas que tentavam proteger do frio campinense aquela criança visivelmente tão frágil. Meu primeiro contato com a realidade vivida pelo prematuro extremo e seus familiares ocorreu ainda no decorrer da graduação em Fisioterapia, durante minhas atividades em um projeto de extensão no *follow-up* do bebê de risco da maternidade Instituto de Saúde Elpídeo de Almeida (ISEA), o que marcaria profundamente minha vida pessoal e profissional.

Ainda mais, ao exercer a profissão em cidades do interior deparei-me, diversas vezes, com profissionais bem intencionados, porém despreparados, e famílias inteiras que realizavam uma verdadeira peregrinação na busca de atendimento para seus filhos (prematuros) em serviços na capital. As orientações recebidas durante as avaliações desses bebês nas instituições especializadas sobrecarregavam as mães de zelo, mas aumentavam, algumas vezes, seus receios quanto ao cuidado diário com o filho.

Além disso, ao desenvolver um trabalho de fisioterapia obstétrica e assessorar algumas mães no processo do aleitamento ao seio, passei a perceber o quanto a alimentação e o cuidado dispensados aos bebês aparentemente mais frágeis (pelo tamanho ao nascer ou pelas condições do nascimento) despertavam ansiedade e medo nas mulheres.

O toque, um dos meus mais importantes instrumentos de trabalho enquanto fisioterapeuta, possibilitou-me estreitar laços com muitos pacientes, conhecer suas casas e suas vidas (especialmente nos atendimentos domiciliares) e indagar se, na prática, as orientações verbais que aquelas mães recebiam, desvinculadas de um treinamento adequado, eram capazes de solucionar as dúvidas maternas quanto ao cuidado diário do bebê.

O encontro destas realidades à minha condição de mãe¹ fez-me evidenciar uma série de indagações que trago comigo até hoje: *como vivem estas mães que têm a missão de cuidar de um bebê prematuro, tão pequeno e tão frágil? Quais suas dúvidas, expectativas e limitações? Até onde as orientações recebidas durante a internação de seus filhos são suficientes para o cuidado após a alta hospitalar? São capazes de amamentar seus bebês após a alta? Se não, como estão sendo alimentados? Como são assistidos e acolhidos pelo*

¹ O nascimento de meu filho Gael ocorreu antes do previsto e por meio de uma indesejada cesariana, fazendo-me assumir (com a ajuda de meu esposo), por um período considerável e doloroso, todo o cuidado com o bebê e a casa, além de vivenciar, mesmo que de maneira muito incipiente, os temores que cercaram a saúde do meu bebê.

sistema de saúde durante o pré-natal, no momento do parto, durante a internação do bebê e após a alta hospitalar?

O enigma pouco percebido pelos profissionais de saúde entre o período de admissão da puérpera, a alta e o que ocorre quando essas mães chegam a seu domicílio com crianças de extremo baixo peso (<1.500g) é o tema que me proponho a investigar.

Creio que será de grande relevância para a equipe de uma UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) conhecer e refletir sobre as vivências maternas durante a internação e após a alta hospitalar de um bebê prematuro MBPN (Muito Baixo Peso ao Nascer), pois isso facilitará a organização de suas práticas centradas na humanização do atendimento (como as orientações quanto ao cuidado), bem como poderá sensibilizá-los quanto às reais necessidades apresentadas em seu cenário profissional. Mais ainda, para atendermos bem ao egresso de uma UTIN, nós todos que compomos as equipes interdisciplinares de atendimento à criança prematura, precisamos compreender melhor o que pensa e como vivem as famílias de nossos pacientes para que haja uma verdadeira cooperação mútua, capaz de ampliar as possibilidades de sobrevivência e bem-viver desses bebês prematuros.

1.2 Objetivos da pesquisa

1.2.1 Objetivo geral

Investigar os aspectos relacionados à saúde e nutrição de crianças prematuras extremas, com peso ao nascer inferior a 1.500g, a partir das vivências maternas durante o período da internação do bebê e após a alta hospitalar.

1.2.2 Objetivos específicos

- Conhecer as práticas de cuidado das mães com os filhos prematuros dentro das enfermarias da maternidade e em seus respectivos domicílios;
- Descrever as práticas alimentares adotadas na alimentação dessas crianças prematuras durante o período da internação e após a alta hospitalar;
- Identificar as percepções e atitudes dessas mães no cuidado e nutrição de seus filhos egressos de uma UTIN, verificando as principais dificuldades enfrentadas e as estratégias utilizadas para sua superação;

- Observar o itinerário de mães e filhos MBPN, após a alta hospitalar, em relação ao atendimento recebido no follow-up dessas crianças.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 O histórico brasileiro de assistência à prematuridade

A assistência do serviço público de saúde com a atenção específica ao recém-nascido prematuro no Brasil data da década de 1990 com o Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência à Atenção à Gestante e ao Recém-nascido de Alto Risco e o Projeto Mãe-Canguru. Contudo, após a década de 70, a mortalidade infantil ganhou um significado diferente e, desde o início dos anos 80, o UNICEF tem proposto modelos de tecnologia simples e de baixo custo para promover, entre outros, o aleitamento materno e o controle da mortalidade infantil (BEZERRA-FILHO, KERR-PONTES e BARRETO, 2007).

No Brasil, o Ministério da Saúde, em 1983, implementa o PAISMC (Programa de Assistência à Saúde da Mulher e da Criança), que posteriormente se desdobra no PAISC (Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança), visando acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças e apoiar a amamentação - fato que, de certa forma, já atendia/atingia nossos bebês prematuros (BEZERRA-FILHO, KERR-PONTES e BARRETO, 2007).

Entre as diretrizes governamentais de atenção à saúde no Brasil, a atenção perinatal ganhou seu espaço, pela primeira vez, em 1991, através do Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP) o que, certamente, influenciou a considerável ampliação de leitos intermediários e de terapia intensiva neonatal no setor público de nosso país, mesmo que sem um planejamento sistêmico (CARVALHO e GOMES, 2005).

É de conhecimento público, entretanto, que há uma concentração de leitos de nível terciário nas grandes metrópoles, em especial no Sudeste e Sul do país, e que esses mesmos leitos são insuficientes e enfrentam, costumeiramente, períodos de superlotação comprometendo a segurança e a qualidade dos serviços ofertados nessas Instituições.

Além disso, num contexto mundial de crescente preocupação com a qualidade de vida e os aspectos éticos inerentes à sobrevivência de prematuros extremos, podemos destacar a experiência brasileira de política pública de humanização no atendimento neonatal de risco, como o Programa Nacional de Aleitamento Materno, a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano e o Projeto Mãe-Canguru (BEZERRA-FILHO, KERR-PONTES e BARRETO, 2007; CAETANO, 2004; CARVALHO E GOMES, 2005; MOTA, SÁ e FROTA, 2005).

Todavia, Andrade *et al* (2005) nos lembra que os resultados obtidos pelas iniciativas públicas de promoção do cuidado e atenção à saúde do bebê pré-termo ainda

situam-se aquém das expectativas e muito há de ser feito diante das exigências impostas ao sistema de saúde pelo número crescente desta clientela.

2.2 A prematuridade: um problema de saúde pública

As políticas públicas, aliadas ao desenvolvimento tecnológico na área da saúde nos últimos tempos, trouxeram como consequência um maior controle de doenças infecciosas e parasitárias bem como uma diminuição das taxas de mortalidade infantil em todo o mundo. Nos países em desenvolvimento, como salienta Andrade *et al* (2005), o número significativo de nascimentos de crianças prematuras causa um elevado percentual de morbidade e mortalidade e a instalação de UTINs (Unidades de Terapia Intensiva Neonatal) que acarretam necessidade de aparelhagem e alto custo financeiro aos governos e serviços de saúde.

Devido a esse impacto sobre as taxas de mortalidade infantil e neonatal, os danos causados ao processo de crescimento e desenvolvimento da criança e o alto custo da assistência, tanto socioeconômica como emocional, há quem considere a prematuridade e o BPN (Baixo Peso ao Nascer) um problema de saúde pública (VASCONCELOS, 2004), o que tem promovido um verdadeiro deslocamento da preocupação com a mortalidade para as morbidades associadas à prematuridade e para a qualidade de vida dessas crianças (BÜHLER *et al*, 2007).

Castro e Leite (2007), avaliando a dimensão da mortalidade hospitalar de RNMBP (Recém-Nascidos Muito Baixo Peso) sobre os índices de mortalidade infantil em Fortaleza/Ce, observaram que apenas 49 de cada 100 recém-nascidos <1.500g² sobreviveram e foram encaminhados para casa, fazendo com que os óbitos de RNMBP representassem 42% do total da mortalidade infantil da pesquisa e passassem a ser considerados um problema de saúde pública de grande importância na realidade do município investigado. Esses autores evidenciam, também, que uma demanda significativa de recém-nascidos é transportada inadequadamente de outros municípios para receberem assistência em hospitais públicos de referência em Fortaleza/Ce, diminuindo ainda mais as chances de sobrevivência desses bebês.

Enfatizando que, anualmente, nascem cerca de 20 milhões de crianças prematuras ou baixo-peso no mundo e que destas, um terço morre antes de completar um ano de vida, Guimarães e Monticelli (2007) destacam ainda que as primeiras causas de mortalidade infantil no Brasil relacionam-se com as afecções perinatais e que as possibilidades de sobrevivência destes bebês, em consequência da prestação da assistência e do uso de tecnologia, têm

² Excluindo-se os bebês nascidos com peso inferior a 500g.

aumentado.

Nesse contexto, o avanço da ciência, a capacitação das equipes multiprofissionais, bem como o desenvolvimento da indústria de insumos e equipamentos médico-hospitalares contribuíram em muito para a sobrevivência de recém-nascidos de alto-risco nos últimos anos, entre eles, os prematuros (BÜHLER *et al*, 2007; VASCONCELOS, 2004), sendo, contudo, esta prematuridade e o BPN (Baixo Peso ao Nascer) importantes causas básicas ou associadas à mortalidade perinatal, neonatal e infantil devido, dentre outros, aos riscos de adaptação à vida extra-uterina em decorrência da imaturidade dos órgãos e sistemas vitais (SCOCHI *et al*, 2003).

Por seu turno, Silveira *et al* (2008) revelam que 61,4% das causas perinatais de mortalidade infantil estão associadas à prematuridade, como a síndrome de sofrimento respiratório, hipóxia e outros problemas respiratórios, alertando que o Brasil ainda apresenta dificuldades em estimar adequadamente a prevalência de nascimentos pré-termos através de dados secundários (principalmente, por classificarem erroneamente como bebês a termo aqueles nascidos entre 34-36 semanas).

A associação das altas taxas da mortalidade infantil ao número de nascimentos prematuros no Brasil fica ainda mais evidente quando observamos, segundo o DATASUS (2008), o nascimento de 194.783 prematuros em 2006 sendo que, destes, 31.440 bebês (16% dos prematuros) pesavam menos que 1.500g (MBPN). Encontra-se, ainda, uma concentração maior desses nascimentos nas regiões Sudeste e Nordeste do país. Neste mesmo ano, o registro de 15.304 mortes infantis entre crianças que nasceram prematuras e MBPN indica a morte de quase metade dos nascidos com as mesmas características, assim como as exigências requeridas aos serviços de atendimento à criança nascida com menos de 37 semanas de gestação.

À semelhança do que aponta o DATASUS, Vasconcelos (2004) ressalta a elevada prevalência da prematuridade especialmente na região Nordeste, enquanto Silva *et al* (2003) observaram uma discrepância na comparação das taxas de baixo peso ao nascer (BPN), prematuridade e mortalidade infantil entre São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP. Eles constataram que, apesar de São Luís apresentar a maior taxa de mortalidade infantil, foi em Ribeirão Preto que ocorreram os maiores índices de BPN, provavelmente pela maior incidência de cesáreas e prematuridade induzida, o que expõe as diferenças no acesso e na qualidade da atenção perinatal como um dos fatores que potencialmente explicam este aparente paradoxo.

Neste certame, Caprara (2007, p. 226) descreve que “as desigualdades sociais e os

fatores macro-sociais são os *principais* determinantes das condições de saúde de uma população” (grifos meus), apesar de assegurar que o estado de saúde de uma população não é consequência apenas de fatores sociais e econômicos.

Vivenciamos, na prática, que o nível sócio-econômico exerce grande influência sobre a questão da prematuridade no Brasil, em especial em suas regiões mais carentes. A população usuária do SUS ainda depende da 'sorte' para encontrar profissionais que facilitem o acesso aos serviços e executem atendimentos humanizados (se for este o termo mais adequado aos inúmeros casos em que explicações compreensíveis são negadas às gestantes com algum grau de risco), como tão bem traduz a pesquisa de Dias e Deslandes (2006).

A prevalência de recém-nascidos prematuros (e sua mortalidade) varia entre as regiões e dentro delas, evidenciando ainda mais as desigualdades sociais entre as unidades federadas de nosso imenso Brasil. Apesar de uma população menor e um número consideravelmente mais baixo de nascimentos prematuros, a região Nordeste apresenta índices de mortalidade muito parecidos aos do Sudeste, chegando inclusive a ultrapassá-los em alguns casos. O Ceará, por seu turno, ainda apresenta, proporcionalmente, as maiores taxas de mortalidade entre os bebês nascidos prematuros de toda a região, apesar de todo o esforço de suas políticas públicas (DATASUS, 2008).

Em Fortaleza, dados da Secretaria Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2008) apontam o nascimento de 806 crianças prematuras com peso inferior a 1.500g (MBPN), em 2007, nas maternidades próprias da rede ou a ela conveniadas (22% do total de prematuros nascidos vivos na rede pública de serviços obstétricos) e, em 2008, um total de 3.979 crianças nascidas com idade gestacional inferior a 37 semanas de gestação sendo, destas, 945 MBPN (24% do total de prematuros) - o que coincide com pesquisas que indicam a tendência crescente no número de prematuros entre os nascimentos no Brasil (SILVEIRA *et al*, 2008).

Este fato gera grande preocupação quando lembramos que, em consequência de representarem serviços de referência em todo o estado, muitas das crianças que aqui nascem, após a alta hospitalar, retornarão a seus municípios. Muitos destes, sem uma estrutura adequada de acompanhamento ao bebê de risco o que poderá, diversas vezes, causar a perda de qualquer oportunidade de receberem um atendimento integral e humanizado, tão indicado pela literatura como o mais adequado às necessidades especiais dessa clientela e à garantia de um desenvolvimento maior de suas potencialidades (ANDRADE e GUEDES, 2005; CARVALHO e GOMES, 2005; CHAGAS e MONTEIRO, 2007; MARTINEZ, FONSECA e SCOCHI, 2007; MÉIO *et al*, 2004; SCOCHI *et al*, 2003).

Apesar das incertezas, é comum que os pesquisadores afirmem que grande parte

dos recém-nascidos prematuros e de baixo peso apresenta fatores de ordem demográfica e psicossocial de risco como: famílias compostas por mães e filhos sem cônjuge, uso de drogas e álcool, desnutrição materna, violência doméstica, estresse psicológico materno, carências em relação aos serviços de saúde, entre outros; mas que, particularmente, as gestantes não-casadas, com baixa escolaridade e idades extremas (em geral, menos de 20 e mais de 30 anos) representam um grupo sujeito ao duplo risco, biológico e social e, por isso, devem receber atenção pré-natal específica (BEZERRA, OLIVEIRA E LATORRE, 2006; SCOCHI *et al*, 2003; KILSZTAJN *et al*, 2003).

Kilsztajn *et al* (2003) ainda cita pesquisas em que mães com menos de cinco consultas pré-natais, mesmo quando controlado o nível de renda familiar e de escolaridade materna, apresentaram um risco 2,47 vezes maior de darem à luz um filho com baixo peso ao nascer na cidade de São Paulo, quando comparadas àquelas com cinco ou mais consultas.

A sobrevivência de neonatos de idade gestacional cada vez menor faz Caetano (2004) alertar para o fato de que a prematuridade ainda é responsável por mais de 50% da mortalidade e morbidade entre recém-nascidos sem anomalias fetais e ressaltar, citando Savitz *et al* (1991) e Perroni *et al* (1999), que a etiologia do parto prematuro continua desconhecida em aproximadamente 50% dos casos, o que mantém constante as taxas de nascimento pré-termo mesmo em países desenvolvidos. Nesse ínterim, Iams (2004 *apud* BITTAR, CARVALHO e ZUGAIB, 2005) salienta que 75% dos nascimentos prematuros são decorrentes do trabalho de parto espontâneo.

Carvalho e Gomes (2005) assinalam também que o nascimento de neonatos de extremo ou MBPN pode estar associado ao aumento do número de nascimentos múltiplos decorrentes das técnicas de fertilização *in vitro*, assim como podem indicar o retardo no crescimento intra-uterino (KILSZTAJN *et al*, 2003).

Na prática, o nascimento e sobrevivência de bebês cada vez mais prematuros e/ou muito baixo peso elevam os gastos públicos com a saúde infantil e criam novos desafios a seus profissionais, a exemplo da preocupação com o prognóstico de crescimento e desenvolvimento dessas crianças (RUGOLO *et al*, 2007).

Ainda sobre o seu desenvolvimento, muitos pesquisadores apontam que esses bebês apresentam um maior número de intercorrências e chances elevadas de novas internações em UTIN de alto risco (ALVES, SILVA e OLIVEIRA, 2007; ANDRADE e GUEDES, 2005; RUGOLO *et al*, 2007). Além disso, várias são as sequelas comumente associadas à prematuridade ou ao baixo peso extremo ao nascer: dificuldades de aprendizagem, hiperatividade e déficit de atenção; déficits cognitivos; alterações da memória

e atraso na aquisição de algumas funções da linguagem, dentre outras (BÜHLER *et al*, 2007).

Diversos trabalhos têm salientado, inclusive, a importância de satisfazer as necessidades nutricionais dos prematuros como prevenção de consequências indesejáveis em seu crescimento, desenvolvimento e no aparecimento de doenças, enfatizando a influência do aleitamento materno neste processo (CAMELO Jr. e MARTINEZ, 2005; TAVARES, XAVIER e LAMOUNIER, 2003).

Após os desafios próprios do nascimento prematuro e abaixo do peso, essas crianças enfrentam outros óbices ao longo de toda a vida. Bühler *et al* (2007) enfatizam que o prognóstico de seu desenvolvimento depende da interação de fatores biológicos, sociais e ambientais atuantes no cérebro vulnerável e imaturo, e que o primeiro ano de vida é extremamente importante para a formação do vínculo afetivo, da maturação neurológica e da construção do conhecimento. Evidencia-se, mais uma vez, a imprescindível atenção pós-hospitalar a essas crianças na tentativa de garantir o melhor desenvolvimento neuropsicomotor possível, bem como a inibição de sequelas e patologias.

2.3 Nutrição do prematuro

2.3.1 O aleitamento materno

Afirmar que "o processo de amamentar é uma prática biologicamente determinada, porém socialmente condicionada" torna-se simples e incontestável, especialmente quando observamos o 'status' do aleitamento materno ao longo da história da humanidade (VINAGRE, DINIZ e VAZ, 2001, p. 341).

Como investigaram Vinagre, Diniz e Vaz (2001), a amamentação, às vezes praticada por amas de leite, era a fonte de nutrição mais comum para recém-nascidos na idade antiga e a mais defendida na era cristã. Entretanto, perdera sua "admiração e prestígio" junto à elite européia do século XVIII, apesar de ser, essa mesma prática, um dos determinantes da vida ou da morte até o final do século XIX (frente à desnutrição e à diarreia infecciosa), e findou por sofrer grande prejuízo no século XX diante da industrialização, da urbanização, do trabalho externo da mulher, da redução da importância social da maternidade e do advento das fórmulas de leite em pó.

No Brasil, esses mesmos autores apontam que a prática do aleitamento natural diminuiu consideravelmente desde 1940 até o final dos anos 70, associados, além dos condicionantes sociais, às práticas de separação entre mãe-filho estabelecidas nas maternidades. Neste momento, os organismos internacionais e colegiados médicos passaram a

estimular a amamentação como importante ação pública de saúde, estabelecendo um processo de mudança nas normas e rotinas hospitalares que perdura até os dias atuais, a exemplo do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (ALMEIDA e NOVAK, 2004).

A amamentação da criança prematura, mais especificamente, além dos obstáculos enumerados anteriormente, enfrenta também a falta de contato precoce mãe-filho, a ausência de amamentação na sala de parto e a permanência prolongada do bebê nas UTINs (SILVA, 2008).

Desde a época em que, culturalmente, amamentar era a mais rotineira tarefa de uma mãe até o advento da indústria de fórmulas lácteas e o processo de desmame precoce que ela desencadeou, a nutrição de uma criança prematura sempre gerou dúvidas e medos, representando um desafio àqueles que cuidam desses bebês, como bem relata Tavares, Xavier e Lamounier (2003, p. 54):

O nascimento de uma criança prematura representa uma urgência nutricional. Essas crianças apresentam reservas nutricionais para poucos dias e quanto menor o peso ao nascer, menor é a reserva nutricional. A alimentação e nutrição do recém-nascido pré-termo representam um desafio, em especial considerando-se os de muito baixo peso, ou seja, inferior a 1.500 gramas de peso.

No campo da saúde, a literatura evidencia que o aleitamento materno é considerado a melhor fonte de nutrição do bebê prematuro (ALVES, SILVA e OLIVEIRA, 2007; GUIMARÃES e MONTICELLI, 2007; NASCIMENTO e ISSLER, 2003). Tendo em vista que o leite materno produzido pela própria mãe do recém-nascido pré-termo é o que melhor atende às suas necessidades nutricionais, enquanto esse bebê permanecer na UTIN - e se estiver impossibilitado de ser levado diretamente ao seio - é fundamental que receba os fatores de proteção através do leite ordenhado de sua própria mãe. No entanto, caso essa estratégia não seja possível, deve-se oportunizar que o prematuro receba esses fatores através de leite humano de banco de leite (compatível com sua idade gestacional) ou, como última opção, que o bebê seja alimentado com uma fórmula própria ao prematuro (CAMELO Jr e MARTINEZ, 2005; TAVARES, XAVIER e LAMOUNIER, 2003).

É imprescindível ressaltar que será somente entre a 32^a e 34^a semanas de idade gestacional que o bebê começará a coordenar adequadamente os reflexos de sucção, deglutição e respiração (pressupostos à amamentação ao seio), apesar da sucção ser uma atividade reflexa presente nos fetos de 18 semanas - com ingestão do líquido amniótico (TAVARES, XAVIER e LAMOUNIER, 2003).

“Bebês de 34-36 semanas de idade gestacional ou mais (algumas vezes mais cedo)

podem usualmente ingerir todos os nutrientes que necessitam diretamente ao seio. Suplementos com copo não são mais necessários” (OMS/ UNICEF, 1993, p. 136), ou seja, só a partir da 34ª semana os bebês passam a ter sucção e deglutição eficientes. Logo, a partir dessa idade gestacional, e se estiver em condições clínicas e fisiológicas satisfatórias e estabilizadas, é que o prematuro poderá receber o leite por sucção direta do seio, sendo esta complementada com a utilização de leite materno ordenhado, oferecido através de seringa, colher ou copo, objetivando que ele consuma menos energia na sucção e aumente de peso gradativamente.

Há quem indique que a alimentação enteral (mesmo mínima), através da sucção direta ao seio ou por uso de copinhos, promove a motilidade intestinal, melhora a tolerância alimentar e reduz a incidência de sepse, mesmo que estas afirmações não sejam totalmente consensuadas (CAMELO Jr e MARTINEZ, 2005).

Pesquisas como as de Braga, Machado e Bosi (2008) e Vannuchi *et al* (2004) demonstram que, em caminho oposto ao grande índice de reinternação (especialmente nos casos de MBPN), a mobilização e incentivo dos profissionais de saúde em favor da amamentação contribui para aumentar o índice de aleitamento materno exclusivo, diminuindo as taxas de morbidade e de necessidade de tratamento clínico entre os bebês prematuros e de baixo peso. Esse fato pode ser compreendido com clareza, visto que o leite da própria mãe apresenta composição diferenciada em termos de aporte protéico-energético e de constituintes imunológicos: “o leite produzido pela mãe do prematuro apresenta maiores concentrações de proteínas, sódio e cloro do que o leite de mãe de criança a termo. É considerado o melhor alimento para o recém-nascido [prematuro]” (TAVARES, XAVIER e LAMOUNIER, 2003, p. 55).

Entre as 160 substâncias do qual é composto (proteínas, gorduras, carboidratos e células), o leite materno apresenta, especialmente em mães de bebês pré-termos nas primeiras quatro semanas, alta concentração de proteínas com funções imunológicas, lipídeos totais, ácidos graxos, cálcio e energia tornando-o essencial ao desenvolvimento desse recém-nascido (ALVES, SILVA e OLIVEIRA, 2007). De acordo com Mancini e Meléndez (2004), por exemplo, prematuros amamentados têm um melhor desenvolvimento neurológico do que aqueles alimentados com fórmula láctea.

Além de seus benefícios fisiológicos, o ato de amamentar ao seio tem sido objeto de estudos da psicanálise e da psicologia, para quem, após a secção do cordão umbilical e com a separação mãe-filho, “o aleitamento ao seio será então a melhor maneira de acalmar a angústia do bebê, que reencontra assim o calor materno e outras sensações da vida fetal,

reencontrando também a sensação de continuidade” (Queiroz, 2005, p. 40). Preenche, inclusive, a necessidade do bebê (premature e a termo) de fixar-se no rosto materno, a despeito de sua visão ainda pouco nítida, no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê e do processo de reconhecimento do próprio sujeito.

Braga, Machado e Bosi (2008, p. 298), investigando as vivências e percepções de mães de prematuros que amamentaram exclusivamente entre o 4º e o 6º mês de vida de seus filhos, perceberam que o contato físico e o vínculo formado eram as experiências mais relevantes da amamentação: *“Eu tenho o maior prazer de dar a mama aos meus filhos, todos dois mamaram, essa aqui vai mamar até quando ela quiser. É bom que eles ficam mais apegados com a gente (C. G. S.)”*.

Contudo, ainda que a amamentação seja a forma mais rica de alimentação, tanto para o bebê quanto para sua mãe (QUEIROZ, 2005), e que o leite materno seja o alimento mais adequado aos bebês, muitas pesquisas apontam a baixa adesão a essa prática em nosso meio (TAVARES, XAVIER e LAMOUNIER, 2003; SANTORO Jr. e MARTINEZ, 2007). Ao passo que o relatório PNDS 2006 indica um discreto aumento na duração do *aleitamento materno exclusivo* no Brasil (comparando os resultados do PNDS 1996) de um para 2,2 meses, e do *aleitamento associado a outros alimentos*³, de sete para 9,4 meses, as autoras chamam atenção para a introdução de alimentos em idades inoportunas e precoces, como a dieta com leite não-materno em 47% dos lactentes entre quatro e cinco meses e o uso de mingaus em 31,6% dessas crianças (SEGALL-CORRÊA e MARÍN-LEÓN, 2008).

Outro aspecto preocupante apontado pelo relatório é que apenas 39,8% dos menores de seis meses são exclusivamente amamentados. Verificou-se, também, uma alta prevalência do uso de chupetas, mamadeiras e chuquinhas entre as crianças amamentadas – artefatos reconhecidamente comprometedores para o sucesso do aleitamento materno. O Nordeste, por exemplo, é a região com a segunda maior prevalência do uso de mamadeiras entre lactentes amamentados (55,2%), perdendo apenas para o Sul (65%) do país.

“A PNDS 2006 mostra que o aleitamento materno, no Brasil, está muito afastado dos padrões recomendados pelos organismos nacionais e internacionais” (SEGALL-CORRÊA e MARÍN-LEÓN, 2008, p. 251).

Considerando, então, a superioridade do leite materno para os prematuros, a amamentação é uma prioridade, além dos tratamentos terapêuticos e cuidados especiais, demandando um maior incentivo e apoio à prática do aleitamento natural, objetivando

³ Incluindo leite não-materno.

assegurar-lhes uma melhor qualidade de assistência e de vida desde o nascimento.

2.3.2 Desmame precoce x Manutenção da lactação

Esquecendo-se que o contexto sócio-histórico-biológico (incluindo-se os profissionais e serviços de saúde) extrapola a díade mãe-bebê e, também, influencia o processo de amamentar, rotineiramente, a manutenção da lactação é vista como uma responsabilidade exclusiva da mulher, apesar de todas as emoções e contradições por ela vividas após o nascimento de uma criança diferente dos padrões sonhados. Como bem alerta o estudo realizado por Braga, Machado e Bosi (2008, p. 301): “[...] para o sucesso da amamentação exclusiva de uma criança prematura, são fundamentais a determinação e o desejo da mãe para amamentar, além da atuação efetiva dos serviços e dos profissionais de saúde em prol do aleitamento materno”.

Ante os aspectos emocionais envolvidos, há uma cultura muito forte contra a efetividade da amamentação em nosso meio, possivelmente fruto da época em que a indústria láctea fomentava o uso de fórmulas artificiais como a maneira eficiente de alimentar o recém-nascido. Em sua pesquisa sobre o conhecimento materno a respeito do aleitamento ao seio, por exemplo, Ribeiro *et al* (2004) observaram que 32% das mães julgam seu leite “aguado” e 62% delas não sabem resolver um ingurgitamento mamário.

Salvo isso, o processo de assistência empreendido nessas crianças, dentro da UTIN, frente à sua imaturidade anátomo-fisiológica, vem dificultar a interação mãe-filho e repercute sobre o aleitamento materno (CAETANO, 2004). Apesar do conhecimento teórico sobre a atenção humanizada, muitos profissionais ainda não o utilizam plenamente em sua prática clínica (HENNIG, GOMES e GIANINI, 2006) e consideram que a presença dos pais na UTIN afeta a dinâmica do trabalho e aumenta o risco de infecções (MARTINEZ, FONSECA e SCOCHI, 2007).

Pesquisas que avaliam a problemática sobre o desmame precoce têm evidenciado que há uma prevalência de influências sócio-culturais, durante o século XX, como a ascensão do aleitamento artificial, a entrada da mulher no mercado de trabalho e a opinião de amigas e familiares configurando fatores de interferência na amamentação e prejuízo à sua manutenção (ALVES, SILVA e OLIVEIRA, 2007; BRAGA, MACHADO e BOSI, 2008; MACHADO, 1999; SILVA, 2008).

Esses mesmos trabalhos apontam que, além dos fatores sócio-culturais que interferem no processo de amamentação, as mães de bebês prematuros enfrentam o desafio de

adaptar-se, com muito sofrimento, ao conflito entre a imagem idealizada e a imagem da criança real, associado à pouca vivência de uma amamentação orientada e supervisionada durante o período de internação de seus filhos em unidades clássicas de atendimento dessas crianças - UTIN.

Machado (1999) e Silva (2008), discorrendo sobre a amamentação, consensuam no fato de que sua manutenção envolve, necessariamente, o apoio dos familiares e profissionais de saúde. Silva (2008), por exemplo, alerta que as mães de bebês nascidos em prematuridade carecem de um suporte diferenciado de ajuda, voltado às particularidades do seu bebê, que se estenda para além da alta hospitalar e contemple mais que os discursos técnicos.

Mesmo após o estabelecimento do vínculo afetivo e da promoção da lactação dentro da UTIN, Santoro Jr. e Martinez (2007) enfatizam para o fato de que muitas das crianças pré-termo que deixam o hospital em aleitamento materno são desmamadas em tempo inoportuno, apontando a carência de modelos intervencionistas de suporte materno e incentivo ao aleitamento natural de prematuros, apesar dos benefícios incontestes que o leite da própria mãe proporciona a essas crianças.

Esses mesmos autores, avaliando o impacto sobre as taxas de amamentação de prematuros após a alta hospitalar, observaram que um modelo simples de incentivo ao aleitamento materno baseado no apoio e orientação de mães de bebês pré-termo desde o pré-parto e no suporte de dúvidas via telefone foi capaz de elevar os índices de aleitamento exclusivo e não exclusivo entre os prematuros: no momento da alta, 38,9% das crianças atendidas rotineiramente pelo serviço (sem o modelo de incentivo e apoio) recebiam leite no seio (8,4% em regime exclusivo e 30,5% em regime não exclusivo), enquanto 80,5% daquelas submetidas ao modelo de intervenção estavam mamando (19,5% em regime exclusivo e 61% não exclusivo), com um acréscimo de 37 dias na manutenção da amamentação materna após a alta hospitalar entre as mães atendidas pelo modelo de apoio e aconselhamento sobre os benefícios do aleitamento materno para o bebê prematuro.

Cunha, Leite e Machado (2005), por sua vez, observando o impacto do uso da chupeta sobre a manutenção da lactação de crianças nascidas com peso insatisfatório (<3.000g) na cidade de Fortaleza/Ce, perceberam evidências de que o uso do “bico” estava associado ao desmame precoce na amostra avaliada, indicando a importância de uma abordagem mais preventiva, com aconselhamentos adicionais, entre as mães cujos bebês utilizam tal artefato.

Entre as mães de prematuros que amamentaram exclusivamente, entrevistadas por

Braga, Machado e Bosi (2008), o apoio e orientação dos profissionais de saúde foram enfatizados como atitudes extremamente importantes, favorecendo inclusive a ausência de dificuldades para a manutenção da lactação após a alta hospitalar em decorrência do suporte prévio durante a internação dos bebês. Todavia, essas mesmas mães evidenciaram que amigas e familiares, muitas vezes, fornecem opiniões contrárias às dos profissionais de saúde e pouco motivadoras para o aleitamento materno exclusivo.

Rugolo *et al* (2007), ao abordar o desmame precoce e a escassez de aleitamento materno exclusivo em prematuros, preocupam-se intensamente com a ausência de comercialização de fórmulas especiais destinadas a esses bebês que, aliada à baixa condição socioeconômica da nossa população, é um fator determinante do “choque” nutricional que compromete a aceleração máxima do crescimento da criança prematura entre a 36ª e 40ª semanas.

Dentre os serviços públicos de promoção e manutenção da amamentação/lactação em nosso país merecem destaque o Método Mãe-Canguru e a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (BLH) que têm sido apontados como formas efetivas/eficientes de divulgar a importância do aleitamento materno para a saúde de bebês a termo ou pré-termo, além de disponibilizar atendimento de suporte às mães com dificuldades neste papel ímpar de amamentar seus filhos (ALVES, SILVA e OLIVEIRA, 2007; ANDRADE e GUEDES, 2005; BEZERRA-FILHO, KERR-PONTES e BARRETO, 2007; CAETANO, 2004; CARVALHO E GOMES, 2005; MOTA, SÁ e FROTA, 2005).

Desenvolvido como uma resposta à falta de incubadoras e à separação da mãe e seu filho durante a evolução neonatal, o método Mãe-Canguru é considerado por Caetano (2004) e Mota, Sá e Frota (2005) como a oportunidade para a mãe de retornar ao papel de primeira provedora das necessidades físicas e emocionais de seu filho pequeno e prematuro, garantindo-lhe estímulos sensoriais e motores adequados. Nesta estratégia de atendimento, os bebês apresentam as melhores respostas sensório-motoras, comprovadas pela diminuição do estresse, aprimoramento da movimentação espontânea e do tônus muscular, entre outros (MOTA, SÁ e FROTA, 2005). Observa-se, também, o aumento da efetividade da amamentação, a diminuição do tempo de internação e dos custos para a saúde pública (ANDRADE e GUEDES, 2005).

A rede de Bancos de Leite Humano (BLH), criada em 1998 (embora o primeiro banco de leite brasileiro date de 1943), por sua vez, disponibiliza a utilização de leite humano pasteurizado a bebês cujas mães não conseguem amamentar, realizando atendimentos individuais e em grupo, bem como visitas domiciliares e aconselhamentos sobre

amamentação (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2008).

Torna-se imprescindível salientar que, mesmo na impossibilidade de amamentação ao seio durante a hospitalização (com a diminuição da produção láctea), as mães de prematuros podem e devem ser orientadas quanto às técnicas de *relactação* existentes, envolvendo desde o treinamento adequado do posicionamento do bebê ao seio, a estimulação mamilar e expressão mamária, utilização concomitante de suplemento durante a sucção, até o uso de fármacos que estimulem a lactação (BORDALO, 2008).

A relactação, sem dúvida, requer o envolvimento da equipe com a problemática do desmame inoportuno de forma a superar as dificuldades maternas fisiológicas e emocionais. Entretanto, é uma possibilidade real de garantir a manutenção da amamentação após longos períodos de internação, bem como evita o desmame precoce e suas consequências negativas ao desenvolvimento dessas crianças.

2.4 Aspectos emocionais da mãe no cuidado ao filho prematuro

No complexo universo da amamentação, a díade mãe-bebê prematuro, além das fragilidades próprias do organismo imaturo, enfrenta também a instabilidade emocional gerada nas mães. Ao ser indagada sobre o sexo do bebê, parte preponderante das mulheres que sonha com a maternidade será unânime em expor que o mais importante é que o filho nasça com saúde. Ninguém deseja enfrentar dificuldades no parto e todas elas esperam por um filho idealizado, perfeito. As emoções das mães que dão à luz crianças prematuras são sempre permeadas de muito sofrimento e desafios:

A mãe de um prematuro vivencia situações especiais, diferentes daquelas de crianças nascidas a termo, tornando-a mais vulnerável dada a insegurança provocada pela fragilidade do filho. Tais mães enfrentam uma fase de sentimentos de medo, de estresse, de dúvidas, de angústia, de insegurança e, junto a esses, vêm as pressões de familiares e amigos quanto à sua capacidade de amamentar, além de viverem cercadas de mitos e tabus relacionados ao aleitamento materno (BRAGA, MACHADO e BOSI, 2008, p. 299).

Os sentimentos de incapacidade, dúvida e medo são sempre associados com a própria sobrevivência do filho recém-nascido podendo interferir no relacionamento intrafamiliar e impedindo a formação do vínculo necessário entre mãe-filho, o que compromete todo o desenvolvimento da criança, assim como a própria amamentação (BRAGA, MACHADO e BOSI, 2008; GUIMARÃES e MONTICELLI, 2007; SANTORO Jr e MARTINEZ, 2007; SCOCHI *et al*, 2003).

Acima da necessidade de informação prática sobre cuidados com o filho prematuro, os autores vêm reconhecendo a necessidade emocional das mães como ponto importante da atenção. Na realidade vivenciada por mães adolescentes de bebês prematuros do Ceará, Chagas e Monteiro (2007) observaram que prepondera um sentimento de responsabilidade materna por tudo o que acontece aos filhos, proporcionando a mudança do próprio estilo de vida dessas adolescentes para ficar com seus bebês.

Padovani *et al* (2004) salientam que as mães de prematuros desenvolvem ansiedade situacional - maior durante o período de internação - necessitando de suporte psicológico para enfrentar a internação do bebê, enquanto Allen *et al* (2004) orientam que as mães muito ansiosas devem receber atenção preventiva em relação à percepção da vulnerabilidade da criança, pois isso é transformado em utilização desproporcional de cuidados médicos e pior desenvolvimento da criança na idade ajustada de um ano.

As pesquisas apontam, inclusive, que os aspectos emocionais maternos influenciam, sobremaneira, a nutrição dos filhos: “o aleitamento materno não exclusivo [...] pode representar uma falha na efetividade do estabelecimento da produção láctea e/ou da formação do vínculo materno-filial” (SANTORO Jr e MARTINEZ, 2007, p. 546).

Uma alternativa relatada como efetiva no auxílio às mães a lidarem com o estresse do nascimento de um filho muito pré-termo tem sido o suporte individual de um outro ator social treinado - outra mãe de bebês muito prematuros (PREYDE e ARDAL, 2003) -, além da atitude de escutar e dar atenção dentro da unidade neonatal como instrumentos vitais ao entendimento das singularidades da mãe e de seu bebê (SALES *et al*, 2006; SANTORO Jr e MARTINEZ, 2007; SCOCHI *et al*, 2003).

Para além do estabelecimento e manutenção da lactação, a autoconfiança materna, assim como seu bem-estar, são considerados imprescindíveis para a estimulação cognitiva do bebê prematuro, e quando analisamos pesquisas como a de Schwengber e Piccinini (2004) percebemos que a depressão materna pode ocasionar um impacto negativo na interação mãe-bebê, gerando menos oportunidades de estímulos à criança com necessidades especiais.

Em suma, a atenção dos serviços de saúde precisa estar voltada não apenas às necessidades fisiológicas do bebê pré-termo - e essas já são muitas - mas, também, precisa alcançar a família dessa criança e, dentro desta, a mãe “enlutada” pela perda da imagem idealizada de um bebê, imersa numa complexidade de sentimentos ambíguos de culpa, esperança e resignação. Um sistema que almeja a integralidade do atendimento carece perceber a indissociabilidade do ser, da emoção que age concomitantemente e para além da técnica.

Há de prevalecer a certeza de que a criança necessita da mãe (ante a certeza de que é dependente), e que a assistência à saúde do bebê prematuro abriga, dentre outras, as habilidades e limitações de sua mãe (SCOCHI *et al*, 2003).

2.5 O cuidar de uma criança prematura

A palavra *cuidado* traz consigo, sempre, a idéia de preocupação com alguém, com algo - suas necessidades, inquietações, etc. O desvelo, a atenção dispensados a essa pessoa são traduzidos na preocupação com ela, pois quem cuida, sente-se responsável pelo outro. Assim, cuidar é mais que um ato, é uma atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo (BOFF, 2001, p.199).

O cuidado dispensado a uma criança nascida com extremo baixo peso, prematura ou não, implica o envolvimento de conhecimento técnico e emocional. Diariamente, os profissionais se deparam com a necessidade de conciliar protocolos de tratamento à realidade de que:

Quando nasce, um bebê está muito longe de ser uma *tabula rasa*. Pelo contrário, não só ele está equipado com um certo número de sistemas comportamentais prontos para serem ativados como cada sistema já está predisposto a ser ativado por estímulos que se enquadram em uma vasta gama, a ser finalizado por estímulos que se incluem numa outra e igualmente vasta gama, e a ser fortalecido ou enfraquecido por estímulos de ainda outros tipos (Bowlby, 2002, p. 329).

Além de trabalharem com a consciência da necessária e cuidadosa estimulação dessas crianças, esses mesmos profissionais precisam também esclarecer às suas famílias que, “[...] desde o início [da vida] se verifica uma acentuada tendência para responder de maneira especial aos muitos tipos de estímulos que comumente emanam de um ser humano” (BOWLBY, 2002, p. 330), como os estímulos auditivos, táteis, visuais e cinestésicos, que podem ser benéficos ou não a esses bebês, especialmente na presença da prematuridade, mas que não podem nem devem impedir a interação familiar com os mesmos.

No âmbito dessas relações comunicacionais, uma variedade de pesquisas vem defendendo que a construção de uma assistência mais integral e humanizada tendo como foco a família amplia a visão do hospital, revitalizando as mães para o enfrentamento do estresse de longos períodos de internação, além de orientar cuidados com o filho por meio de atividades lúdicas, recreacionais e educativas, favorecendo o vínculo e apego mãe-filho em

situação de prematuridade e melhorando o conhecimento, a sensibilidade, a incerteza e o estresse maternos (BROWNE e TALMI, 2005; SCOCHI *et al*, 2003; SCOCHI *et al*, 2004; VASCONCELOS, LEITE e SCOCHI, 2006). Nesse sentido, Caprara (2007, p. 237-238) salienta que “[...] é necessário focalizar a atenção também sobre como os familiares vivem e interpretam a origem e o significado da doença, considerando não somente a dimensão orgânica, mas também os aspectos emocionais, sociais e comportamentais”.

Apesar do esclarecimento e envolvimento familiar configurarem-se peças imprescindíveis, equipes de saúde chegaram a alegar a carência de material educativo para orientação das mães sobre os cuidados com o bebê prematuro após a alta hospitalar (FONSECA, 2002). Entretanto, em 2004, a confecção e publicação de uma cartilha didático-instrucional abordando temas como cuidados diários, higiene, alimentação, cuidados especiais e relacionamento familiar despontavam como instrumento criativo para auxiliar nas atividades de educação em saúde dirigida a essa clientela (FONSECA *et al*, 2004).

A finalidade da inserção dos pais no cuidado tem sido a estabilidade clínica, o crescimento do prematuro, a melhoria da qualidade de vida familiar e o desenvolvimento integral dessas crianças, tanto no núcleo familiar como na comunidade, razão pela qual os cuidados à saúde estão sendo repensados quanto a seu planejamento, fornecimento e avaliação, em especial, na assistência perinatal (SCOCHI *apud* VASCONCELOS, 2004; MARTINEZ, FONSECA e SCOCHI, 2007).

Vale ressaltar que obstáculos práticos como a distância entre a casa e o hospital e a existência de outras crianças a serem cuidadas também comprometem a frequência de visita dos pais à UTIN (LATVA *et al*, 2007), configurando problema de grande importância na pesquisa de Latva *et al* (2004) visto que indicaram as visitas infrequentes das mães como um marcador para problemas emocionais e comportamentais tardios, mostrando a vulnerabilidade da interação mãe-filho prematuro.

Psicólogos e pedagogos alertam sobre a necessidade da interação mãe-filho para o desenvolvimento do comportamento de apego na criança, etapa importante à sua maturação neurpsicomotora, demonstrando, inclusive, que na espécie humana primitiva, “boa parte do comportamento maternal se ocupa em reduzir a distância entre o bebê e a mãe, e em reter o bebê em estreito contato físico com ela” (Bowlby, 2002, p. 297), o que é enormemente prejudicado pelas impossibilidades impostas dentro de uma UTIN.

Além da necessidade de uma rede formal de apoio para o seguimento após a alta hospitalar (FURLAN, SCOCHI e FURTADO, 2003), as dificuldades maternas perpassam também as carências educacionais sobre o aleitamento ao seio - ainda no pré-natal (RIBEIRO

et al, 2004), ao passo que o cuidado com o bebê prematuro e/ou extremo baixo peso, dentro da UTIN e fora dela, constitui-se palco de inúmeras reflexões acerca do relacionamento interpessoal vivenciado (usuários-profissionais de saúde) e das implicações subjetivas e psicológicas dessas vivências, podendo-se ressaltar, inclusive, a resistência dos profissionais em perceber a mãe como membro da equipe e não apenas uma visita (GURGEL e ROLIM, 2005).

2.6 A assistência médica

Portanto, a fim de compreender qualquer sistema médico, deve-se sempre considerá-lo no contexto dos valores básicos, da ideologia, da organização política e do sistema econômico da sociedade em que surge. Nesse sentido, o setor profissional de assistência de saúde, a exemplo dos outros dois [popular e informal], é sempre em certa medida 'delimitado culturalmente' (Helman, 2003, p. 84).

À maneira antropológica, Helman (2003) nos mostra que o *sistema de assistência à saúde* de uma dada sociedade está entrelaçado aos aspectos religiosos, políticos, econômicos e de organização social dessa mesma sociedade, baseando-se nas mesmas premissas, nos seus valores e na sua visão de mundo. No caso particular da assistência ao bebê nascido prematuro ou com extremo baixo peso, a organização estrutural e hierárquica de nossas UTINs evoluiu junto ao desenvolvimento da própria sociedade, da importância que a mortalidade infantil assumiu no último século, do desenvolvimento tecnológico e da disponibilidade financeira de investimentos no setor público.

No Brasil, o paradigma da atenção humanizada à criança e à família tem possibilitado que os cuidados à saúde sejam repensados quanto ao seu planejamento, fornecimento e avaliação, em especial, na assistência perinatal que, gradativamente, reconhece a inserção dos pais (e mães) no cuidado como um facilitador à estabilidade clínica, ao crescimento do prematuro, à adequação da amamentação, à melhoria da qualidade de vida familiar e ao desenvolvimento integral dessas crianças tanto no núcleo familiar como na comunidade (SCOCHI *et al*, 2003; SCOCHI apud VASCONCELOS, 2004; ANDRADE e GUEDES, 2005; CHAGAS e MONTEIRO, 2007; MARTINEZ, FONSECA e SCOCHI, 2007).

Junqueira *et al* (2006, p. 276) observaram, entre profissionais de uma UTIN Cirúrgica (UTINC), que as entrevistadas apontavam a inserção dos pais na UTINC como uma ótima forma de prepará-los para a alta da criança, já que “a alta costuma ser apresentada como um momento difícil, pois os pais têm medo de levar seus filhos para casa e assumir a responsabilidade de cuidar deles após os agravos vivenciados”. Ressaltando, também, que era

atribuída somente à enfermagem a responsabilidade de ensinar aos pais sobre o cuidado com seus filhos.

Esses mesmos autores reconhecem que o número reduzido de profissionais, a necessidade de atender às demandas específicas do setor, bem como a estrutura física, comprometem o acesso das mães ao bebê. Enfatizam, ainda, que “conversar com o bebê, com os pais e estimular que estes conversem com seus filhos significa fornecer meios para que vínculos mais fortes sejam estabelecidos, ou seja, para que haja um contato capaz de humanizar o próprio bebê e, de forma mais ampliada, todo o processo de assistência” (JUNQUEIRA *et al*, 2006, p. 280).

Contudo, muitas são as limitações à excelência da atenção ao neonato prematuro extremo no Brasil – desde os problemas com a qualidade da assistência pré-natal e sua capacidade de diagnosticar a gestante de risco, até os serviços frágeis e desorganizados diante dos eventos inesperados da vida (KILSZTAJN, 2003; BEZERRA, OLIVEIRA e LATORRE, 2006; ARRUDA e MARCON, 2007).

No caso particular dos cuidados oferecidos em UTINs de Fortaleza/Ce, há autores indicando uma deficiência na promoção eficaz de cuidados para RNMBP:

As altas taxas de mortalidade encontradas no estudo sugerem que existe uma deficiência na assistência de nível terciário dos RNMBP em Fortaleza, ainda que a causa básica possa ser localizada no pré-natal. Mesmo considerando que as UTI neonatais dispõem de recursos tecnológicos suficientes para promover uma atenção eficaz, é provável que o processo de atenção esteja desorganizado (CASTRO e LEITE, 2007, p. 32).

O processo de assistência empreendido, dentro da UTIN, frente à imaturidade anátomo-fisiológica do bebê prematuro, vem dificultar a interação mãe-filho e repercute sobre o aleitamento materno (CAETANO, 2004). Somado a isso, apesar do conhecimento teórico sobre a atenção humanizada, muitos profissionais ainda não o utilizam plenamente em sua prática clínica (HENNIG, GOMES e GIANINI, 2006) e consideram que a presença dos pais na UTIN afeta a dinâmica do trabalho e aumenta o risco de infecções (MARTINEZ, FONSECA e SCOCHI, 2007). Essa realidade torna-se ainda mais delicada quando se considera pesquisas como a de Mendes *et al* (2006) apontando variações nos cuidados oferecidos e na tecnologia disponível entre a UTIN pública e a privada, com maior morbidade nos bebês prematuros atendidos pela rede pública.

A qualidade da assistência médica ganha atenção também devido a trabalhos recentes, como o de Bezerra-Filho, Kerr-Pontes e Barreto (2007), evidenciando que até em

situações de crise econômica e períodos recessivos, a redução de mortes infantis no primeiro ano de vida (inclusive no Nordeste brasileiro) está associada às intervenções específicas do setor saúde. No caso particular do Ceará, os autores expõem que, em 2000, 5,5% do total de seu PIB regional foram gastos com saúde (acima da proporção média de outras regiões), mas há muito a ser feito em se tratando de infra-estrutura e de ações diretamente voltadas à assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério em terras cearenses.

Todavia, percebemos que ainda há uma distância comunicacional a ser quebrada entre os profissionais da UTIN e os familiares das crianças internadas. Como salienta Helman (2003, p. 73), no caso da assistência informal de saúde - entre pessoas da comunidade, familiares, etc - “[...] tanto o paciente quanto a pessoa que cura compartilham pressupostos semelhantes sobre saúde e doença, e a ocorrência de equívocos entre essas duas pessoas é relativamente rara”, o que não se repete dentro das UTINs.

Independentemente do método de tratamento, diversas pesquisas defendem que a construção de uma assistência mais integral e humanizada, tendo como foco a família, amplia a visão do hospital, revitaliza as mães para o enfrentamento do estresse de longos períodos de internação, além de ensinar cuidados com o filho por meio de atividades lúdicas, recreacionais e educativas, favorecendo o vínculo e apego mãe-filho em situação de prematuridade e melhorando o conhecimento, a sensibilidade, a incerteza e o estresse maternos (BROWNE e TALMI, 2005; SCOCHI *et al*, 2003; SCOCHI *et al*, 2004; VASCONCELOS, LEITE e SCOCHI, 2006; CHAGAS e MONTEIRO, 2007).

Chagas e Monteiro (2007), assim como Silva (2008), evidenciam especialmente que, nesse processo, há urgência em se incluir as mães no cuidado aos bebês para que elas adquiram competências necessárias para o cuidado em casa após a alta hospitalar, aumentando até a exclusividade da amamentação ao seio.

Os autores reforçam, também, a importância da estimulação cognitiva continuada em crianças que recebem alta da UTIN - principalmente os prematuros - ressaltando que os resultados individuais apresentam variabilidade, provavelmente decorrentes das histórias clínicas de cada criança, de suas capacidades de responder às injúrias ocorridas, bem como do seu meio de convívio, que podem facilitar ou não o seu desenvolvimento (MENT *et al*, 2003 *apud* MÉIO *et al*, 2004).

Nos estados do Ceará e da Bahia, mais especificamente na relação médico-paciente em equipes do PSF, a pesquisa de Caprara e Franco (1999 *apud* CAPRARA, 2007, p. 228) indica que “[...] o paciente valoriza o papel da benzedeira ou rezadeira em substituição ao papel do profissional de saúde”, o que nos leva a crer que as orientações dadas na UTIN

podem deixar de ser seguidas após a alta hospitalar todas as vezes em que a relação intersubjetiva existente na assistência “informal ou popular” à saúde parecer mais adequada aos valores culturais da família do prematuro.

Por outro lado, o vínculo necessário entre o profissional de saúde e a família do bebê só se estreitará caso “o médico seja sensível para compreender e intervir em contextos culturais diversos, utilizando-se de estratégias que possibilitem maior inserção na cultura local [no caso, familiar]” (CAPRARA, 2007, p. 229).

A questão da atuação interdisciplinar no cuidado com o bebê prematuro após a alta hospitalar vem sendo crescentemente abordada, enfatizando-se a urgência em estabelecer seguimento e suporte adequado aos bebês e crianças egressos das unidades neonatais para enriquecer o conhecimento sobre sua evolução, possibilitar a permanência da amamentação exclusiva e a estimulação cognitiva continuada dessas crianças (MÉIO *et al*, 2004; CARVALHO e GOMES, 2005; BRAGA, MACHADO e BOSI, 2008), mas, na prática, o atendimento de puericultura das equipes de PSF (Programa Saúde da Família) ainda não atinge adequadamente essas crianças e ainda é difícil a identificação precoce de anormalidades do desenvolvimento que garantam o início de uma intervenção apropriada para a minimização dessas alterações (BÜHLER *et al*, 2007).

Piccini *et al* (2007) demonstraram que os indicadores de efetividade da oferta de serviços em puericultura (e também pré-natal) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são avaliados pela disponibilidade de ação programática, a realização de atividades de grupo, a utilização de protocolos e a capacitação dos profissionais. Mas esses mesmos autores observaram, na investigação realizada com UBS de 41 municípios do Sul e Nordeste do Brasil, uma perda progressiva de efetividade, desde a organização da oferta de ações individuais e coletivas, passando pela capacitação dos profissionais e uso de protocolos, até as coberturas populacionais dos programas.

Na medida em que um estudo epidemiológico consegue constatar números que indicam uma efetividade pequena (a cobertura de nove ou mais consultas de puericultura abrange apenas 20% do total de crianças pesquisadas), imagina-se que as dificuldades de orientação e acompanhamento de crianças egressas de uma UTIN sejam ainda maiores dentro do território de cobertura de uma UBS. Piccini *et al* (2007) apontam que menos da metade dos profissionais de PSF do Nordeste têm capacitação em Saúde da Criança e que as mães buscam estruturas mais especializadas no cuidado ao seu filho e a si mesmas, porque consideram melhores os serviços ofertados.

Casos em que a cobertura destes programas ainda é pequena – realidade

vivenciada em Fortaleza/Ce – encaixam-se bem na argumentação de Helman (2003) de que o aconselhamento médico informal é realizado, em grande parte, com mulheres que criaram diversas crianças. Elas detêm (como também as avós) papel importantíssimo na capacidade materna de assumir os cuidados com seu bebê após a alta hospitalar de uma UTIN, na manutenção da lactação e nas visitas de acompanhamento. Nesse universo de informalidade, “a família, por exemplo, pode facilitar ou dificultar a assistência à saúde” (Helman, 2003, p. 74), enquanto as visitas domiciliares no PSF têm uma gama de potencialidades no envolvimento dessas famílias com o tratamento proposto, que ainda carecem de uma melhor abordagem.

Favorecendo as visitas domiciliares, Del Ciampo *et al* (2006) salientam que as atividades de puericultura devem compreender a criança e conhecê-la em seu ambiente social e familiar, envolvida e relacionando-se no contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida. Podemos ir além afirmando que, ao acompanhar o crescimento físico e o desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual, as atividades do PSF serão de extrema importância no diagnóstico precoce de toda e qualquer seqüela que possa surgir associada ao baixo peso extremo ou à prematuridade.

É imprescindível, para que se obtenha a melhoria de indicadores dos resultados no cuidado com prematuros extremos, uma atuação efetiva em todos os ‘elos’ da cadeia de eventos que envolvam a gestante e o recém-nascido, incluindo o compromisso com a atenção interdisciplinar após a sua alta, como nos alertam Carvalho e Gomes (2005).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Fruto de todas as *(re)descobertas* durante o mestrado e seguindo a mesma perspectiva de Paulo Freire (2006, p. 35), podemos afirmar que tentamos desvelar a realidade concreta em que vive a criança extremamente prematura e sua família no contexto domiciliar pós-internação, acreditando que esta realidade “*é algo mais que fatos ou dados tomados mais ou menos em si mesmos. Ela é todos esses fatos e todos esses dados e mais a percepção que deles esteja tendo a população neles envolvida. Assim, a realidade concreta se dá a mim na relação dialética entre objetividade e subjetividade*”.

Propusemo-nos, então, a refletir sobre os aspectos ontológicos, ou seja, a natureza humana que é subjetiva, sensível, afetiva, valorativa e opinativa (MERCADO-MARTÍNEZ e BOSI, 2007), tentando identificar as experiências e processos de significação desse contexto, acreditando que sua natureza não admitiria uma resposta numérica, com proporções, valores absolutos ou frequências de distribuição.

3.1 Caracterização da pesquisa

No período de junho a outubro de 2009 foram realizadas entrevistas com onze mães que deram à luz bebês prematuros extremos (idade gestacional <37 semanas e peso <1.500g) e os acompanharam durante o internamento na UTIN da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Partindo da premissa de que “nenhum conhecimento é neutro e nenhuma pesquisa serve teoricamente a 'todos' dentro de mundos sociais concretamente desiguais” (BRANDÃO, 2006, p. 11) e, também, por entender que a pesquisa qualitativa tem “[...] a vocação para a análise em profundidade das relações e vivências, trazendo as singularidades do adoecer, da produção de cuidados e da busca da saúde” (DESLANDES e GOMES, 2007, p. 118), o presente estudo caracterizou-se por uma abordagem qualitativa, exploratório-descritiva.

Diante do mundo desconhecido de desafios, limitações e superações que acreditamos compor o cenário de vida e lutas da mãe/família de uma criança nascida extremamente prematura e baixo peso buscamos compreender o *universo do sujeito* (mães de prematuros <1.500g), possuidor que é de crenças e valores num nível de realidade que não pode ser quantificado, como bem nos orienta Minayo (1996), por tratar do significado das ações e relações humanas, dos processos e dos fenômenos que não poderiam ser reduzidos à operacionalização de variáveis, equações, médias e estatísticas.

Nesta abordagem qualitativa, seguimos a proposta de González Rey (2005, p. 81) de que adentramos um processo permanente, no interior do qual “se definem e redefinem constantemente todas as decisões e opções metodológicas no decorrer do próprio processo de pesquisa”. Por isso mesmo, temos consciência de que idéias e fatos geradores de novas necessidades de pesquisa fizeram-nos construir/reconstruir, de forma progressiva, os distintos elementos relevantes ao problema por nós abordado.

3.2 Descrição do local de estudo

Tendo em vista o desejo de acompanhar e compreender as vivências no cuidado de uma criança de MBPN durante a internação hospitalar e, também, em seu contexto domiciliar, bem como o acesso das mães desses bebês ao tratamento/acompanhamento pelo serviço de saúde, propusemo-nos desenvolver esta pesquisa na própria residência do bebê englobando todo o contexto social e emocional da díade mãe-filho prematuro.

É imprescindível salientar que as crianças abordadas neste estudo foram, unicamente, aquelas egressas da UTIN da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), fundação pertencente à UFC (Universidade Federal do Ceará), há 44 anos prestando serviços à comunidade de Fortaleza, de caráter formativo e educacional, cuja missão é promover a formação de recursos humanos, buscando a excelência no atendimento global e humanizado à saúde da mulher e do recém-nascido (MEAC, 2008).

A escolha da MEAC como referência ao universo de crianças que enfrentaram a prematuridade extrema, além do vínculo existente entre esta Instituição e o mestrado do qual fazemos parte, deveu-se ao fato de ter sido a primeira maternidade fortalezense a receber o título de Hospital Amigo da Criança, além de contar com o Banco de Leite Humano (BLH) e o Método Canguru. Ela está inserida, também, na Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal, pressupostos de um atendimento mais humanizado e integral.

3.3 Sujeitos da pesquisa

O número reduzido de sujeitos entrevistados e/ou acompanhados num estudo qualitativo é sempre motivo de muito debate, porém, à semelhança do número de pessoas englobadas na investigação, consideramos que “*as decisões sobre a melhor maneira de obter os dados, de quem os dados devem ser obtidos, como programar a coleta e quanto tempo*

deve durar uma sessão de coleta de dados, são feitas no campo, à medida que o estudo se desenvolve” (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004, p. 200).

A tentativa de abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões, objetivo da pesquisa, levaram-nos a decidir 'intencionalmente' (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004) os sujeitos que fizeram parte do grupo de observação e comunicação direta. Nesse ínterim, fez-se mister a elaboração de critérios de inclusão e exclusão. Assim sendo, foram incluídas no estudo, após um primeiro contato, as mães de crianças nascidas prematuramente, com peso inferior a 1.500g, que receberam alta hospitalar durante o período de desenvolvimento da pesquisa e aceitaram dela participar; em contrapartida, crianças que apresentaram qualquer alteração congênita ou doença grave que representasse maior obstáculo aos cuidados maternos domiciliares adentraram os critérios de exclusão, assim como as mães que se negaram a participar da pesquisa, visto que nosso objetivo foi compreender a vivência com a prematuridade extrema em si, livre de outros complicadores do cuidado.

O primeiro desafio constituiu-se na identificação das mães nos quinze dias iniciais após a alta - critério inicial de inclusão na pesquisa - visto que uma lista completa com as altas semanais (constando o peso ao nascer) só nos foi disponibilizada pela secretaria da UTIN e, mesmo assim, realizamos inúmeras visitas e ligações telefônicas sem sucesso (parte considerável dos endereços informados, bem como os telefones, estava incompleta ou errada). Decidimos, então, estender o tempo da primeira visita domiciliar para três meses desde a alta do bebê e passamos a captar os dados junto aos prontuários do Follow-up da maternidade visto que as mães lá atendidas fornecem telefones e endereços atualizados para contato com a equipe de saúde.

Em um segundo momento, enfrentamos a dificuldade de aceitação materna a respeito da visita em domicílio para a realização das entrevistas num momento de adaptação à nova rotina familiar, assim como, diante da impressão de que seriam avaliadas quanto à sua capacidade como cuidadora – muitas mulheres indagavam o que seria discutido durante a visita e se haveria alguma avaliação do cuidado. Após três meses de idas e vindas e uma aproximação maior com os setores da maternidade e a dinâmica interna dos serviços começamos, então, as entrevistas em si e passamos a conviver com as intercorrências de uma pesquisa em subúrbios metropolitanos como a dificuldade de deslocamento até os endereços e a violência urbana – duas tentativas de assalto à pesquisadora.

O número de mães entrevistadas foi determinado pela saturação teórica. É importante destacar que o ponto de saturação teórica ou de sentido é aquele em que o

observador/entrevistador percebe que não aparecerão novas surpresas ou percepções com a inclusão de novos participantes (GASKELL, 2008) havendo redundância de informações ou, em outras palavras, a partir da percepção e do domínio teórico do próprio pesquisador, “as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados” (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008).

3.4 Procedimento e técnicas de coleta e registro de informações

Após o contato inicial e a aceitação formalizada da participação materna na pesquisa (por meio do consentimento livre e esclarecido - APÊNDICE A), as datas agendadas para as visitas domiciliares foram cenário para a coleta e registro de informações a partir das técnicas de observação participante (APÊNDICE B) e das entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE C).

A identificação e seleção das mães, com base nos critérios de inclusão da pesquisa, ocorreram diretamente dos registros de alta da UTIN ou pelos prontuários de atendimento do follow-up da maternidade, por meio de contato inicial por telefone, onde nos identificávamos e explicávamos os motivos da ligação, marcando uma data e horário adequados para a realização da visita domiciliar. Após os esclarecimentos e apresentação do TCLE, efetuávamos as entrevistas, adaptando-as à realidade de cada mãe e às possíveis intercorrências que se apresentavam durante a conversa, quando a atenção materna era desviada continuamente para dedicar-se aos cuidados do bebê e havia a presença de outros familiares. Cada entrevista demandou cerca de sessenta e cinco minutos (65 min), em média, além do tempo destinado às conversas informais (sem o gravador), quando realizávamos também a observação participante⁴, e do tempo gasto com os deslocamentos.

Demo (2004) considera a observação participante e a entrevista aberta como única maneira de se atingir as profundezas da alma, de onde poderemos obter um dado 'confrontado' e 'discutido' no intercâmbio complexo de subjetividades que tem o pesquisador como peça-chave. Por sua vez, Polit, Beck e Hungler (2004) salientam que os métodos de observação possibilitam a reunião de informações de uma ampla gama de fenômenos como, por exemplo, características e condições sobre os indivíduos, a comunicação verbal e não-verbal presente

⁴ Momento em que aconselhávamos as mães a respeito das dúvidas, identificadas nas entrevistas, sobre o cuidado e alimentação do bebê.

no cuidado, as atividades desenvolvidas e as condições ambientais em que os pacientes vivem, entre outros, enfocando desde eventos amplamente definidos até detalhes de comportamento, altamente específicos.

Além de todas essas características, Becker (1999, p. 179) ainda prevê que a observação do comportamento do sujeito diante de situações inesperadas ou corriqueiras permite-nos o estabelecimento de conversações com esse sujeito ao ponto de descobrir as suas interpretações sobre os acontecimentos observados.

Utilizamos a entrevista semi-estruturada, à semelhança do que acredita Gaskell (2008), na busca de uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações das mães no cuidado com seus filhos. Há consenso de que a entrevista é um processo de interação social entre duas pessoas (HAGUETTE, 2000; KANDEL, 1981), na qual faz-se mister considerar o estado emocional, as opiniões, atitudes e valores do informante, confrontando-as com expressões e comportamentos passados.

Kandel (1981), apesar das críticas reflexivas que faz, salienta que o uso da entrevista não-diretiva nas ciências humanas tem o objetivo de possibilitar maior liberdade ao entrevistado, delegando ao observador a tarefa de aprofundar seu pensamento até atingir reações mais profundas e verdadeiras do sujeito interrogado. Contudo, a autora demonstra que, voluntária ou involuntariamente, as menores intervenções do pesquisador exercem influência sobre a fala do entrevistado.

Como pesquisadores que almejam uma maior reciprocidade na pesquisa (KANDEL, 1981), encorajamos as mães a argumentar/questionar durante a realização das entrevistas, sempre que as mesmas se sentiram impelidas a isso.

Adentrar o universo de experiências vividas pela mãe de uma criança nascida prematuramente não foi tarefa fácil, especialmente por termos assumido o objetivo de conhecer a realidade doméstica dessas famílias. Todavia, quando começávamos nossas conversas indagando-as sobre o que cada uma considerava como o motivo real da prematuridade de seu bebê e o percurso vivido do pré-natal ao nascimento do filho prematuro, observávamos uma maior abertura das mesmas e a possibilidade de conhecer mais profundamente seus anseios e recordações, bem como a rotina diária de cuidados com a criança, sua alimentação e seguimento pelo sistema de saúde.

3.4.1 A entrevista piloto

No processo de avaliação da compreensão da questão norteadora e das questões

complementares, por parte das mães entrevistadas, e do potencial das entrevistas no alcance do objetivo do estudo, fizemos uma primeira entrevista como aproximação ao campo empírico.

Foi a partir desse processo “piloto” que observamos a pertinência de realizarmos apenas uma entrevista para que atingíssemos os objetivos pré-determinados havendo, contudo, a necessidade de mudanças na organização das perguntas.

Após uma segunda visita, e da adaptação das perguntas feitas anteriormente, esta primeira entrevista foi inserida no material posteriormente tratado e analisado.

3.5 Análise e interpretação das informações

Analisamos os achados da presente investigação sob o referencial teórico construído, de um modo compreensivo/interpretativo, apoiando-nos na Hermenêutica.

Dentre todas as correntes de pensamento, a Hermenêutica Heideggeriana é caracterizada por uma abordagem interpretativa que usa as experiências vividas pelas pessoas para uma melhor compreensão do contexto social, cultural, político e histórico no qual essas experiências ocorrem, resultando na descrição de práticas compartilhadas e significados comuns. É importante salientar que, além da descrição, ganham destaque também a interpretação e a compreensão da experiência humana, pois “a investigação hermenêutica enfoca, frequentemente, o significado - como os indivíduos social e historicamente condicionados interpretam o mundo dentro de um dado contexto” (POLIT, BECK & HUNGLER, 2004, p. 205).

Minayo (2002) ressalta, assim, que compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções e, também, de se expor a erros e antecipações de juízo. cremos, então, que o método hermenêutico levou-nos a fazer uma interpretação aproximada da realidade vivida pelas mães das crianças nascidas prematuramente e em extremo baixo peso, contextualizando suas falas para entendê-las a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante que as produz, acreditando que estas mesmas falas estiveram impregnadas da cultura, do contexto e das intenções maternas.

3.6 Aspectos éticos

Conforme as determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) que dispõe sobre as diretrizes regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, antes de iniciar a coleta de dados, este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética da Maternidade-Escola (ANEXO A), sob o parecer de número: 020/09.

Cada participante, após conhecer o objetivo e a proposta do estudo, e de concordar em participar, recebeu uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) assinada pela pesquisadora.

Às mães, foi assegurado sigilo sobre suas identidades e fornecida informações sobre a voluntariedade em participar do estudo e que não haveria prejuízo à assistência recebida na maternidade-escola, caso se recusassem ou desistissem de participar da pesquisa. Colocamo-nos à sua disposição para todo e qualquer esclarecimento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Características das mães entrevistadas e dos bebês prematuros

4.1.1 Dados maternos

Das onze mulheres entrevistadas, a faixa etária estava compreendida entre 20-38 anos; a maioria (7) vivenciava a experiência da primeira gestação, enquanto outras três mães estavam na segunda gravidez. Houve uma mulher na quarta gestação e apenas uma delas não vivia com o companheiro, residindo na casa paterna.

Quanto ao grau de instrução materna, uma das mulheres do estudo era analfabeta funcional, uma outra havia trancado o ensino superior e uma era graduada, enquanto as demais (6) tinham cursado alguma série do ensino médio ou concluído o ensino fundamental (2). Duas das mães entrevistadas eram donas-de-casa e as outras estavam empregadas no comércio ou na indústria têxtil, dividindo com seus cônjuges as despesas familiares e o tempo exclusivo dedicado ao cuidado com as crianças, após o encerramento da licença-maternidade (que fora usada durante o período da internação dos bebês).

Apesar de muitos casos de gestações não-planejadas, apenas uma das mães declarou a tentativa de um aborto da criança nascida prematuramente, ao passo que as demais referiram satisfação com a surpresa da gravidez. Uma das mulheres tinha sofrido um aborto espontâneo anterior, mas nenhuma delas relatou dificuldade para engravidar.

Uma das mães declarou sintomas de depressão pós-parto e das onze mulheres entrevistadas, seis foram submetidas à cesárea em decorrência das complicações gestacionais, especialmente a pré-eclampsia, enquanto cinco tiveram o parto vaginal. Duas entrevistadas tinham gêmeos, mas esse fato só fora descoberto no momento da visita tendo em vista que seus prontuários só continham dados de um dos filhos. Foi possível verificar que uma mulher estava na segunda experiência do nascimento prematuro em decorrência de sua doença crônica (lúpus eritomatoso sistêmico), fato descoberto também durante a entrevista.

Todas as mulheres entrevistadas em nosso estudo residiam em bairros da periferia da grande Fortaleza. Realizavam o pré-natal no momento em que deram à luz, sendo que algumas (4 mulheres) eram atendidas em clínicas particulares sem cobertura do parto, ao passo que a maior parte delas estava sendo atendida nos postos de saúde do município, nas proximidades de seus domicílios.

4.1.2 Dados relacionados ao bebê prematuro

Em decorrência dos dois casos de mães com gêmeos, treze bebês compuseram o estudo; o peso de nascimento dos mesmos variou bastante, havendo desde crianças nascidas com 720g até 1.490g, sendo que oito delas tinham acima de 1.300g ao nascer, enquanto as demais não chegaram aos 1.000g. Três dessas crianças nasceram com 26 semanas de gestação, enquanto três estavam com 28 semanas, outras três tinham 31 semanas de idade gestacional no momento do nascimento e as quatro últimas encontravam-se na 32ª semana de gestação quando suas mães entraram em trabalho de parto.

O período da internação variou na dependência das intercorrências que os bebês apresentaram e do intervalo de tempo necessário ao seu ganho de peso. Apesar de lembrarem com exatidão os episódios de agravamento do quadro clínico de seus filhos, muitas mães não conseguiram precisar o período de internação dos mesmos na UTIN e, por isso, trabalhamos apenas com o tempo de internação na enfermaria Canguru (quando o bebê passou pelo serviço) e o tempo geral de internação na maternidade-escola: apenas uma criança recebeu alta antes de um mês de internação (esteve internada 28 dias), cinco bebês passaram um período de 32-36 dias internados, três crianças permaneceram entre 52-58 dias internadas, uma outra criança vivenciou 67 dias de internação, enquanto dois dos recém-nascidos precisaram de 96 dias de tratamento na maternidade e, por último, o que ficou mais tempo internado, vivenciou 110 dias de internação. Seis bebês passaram pelos cuidados dispensados na enfermaria Canguru durante um período de internação de 10 dias no mínimo ou 40 dias, no máximo.

Todos os bebês estavam sendo acompanhados pelos serviços da maternidade-escola (Follow-up, fisioterapia, fonoaudiologia, oftalmologia) e usavam alguma unidade de saúde para a realização das vacinas; cinco deles foram levados a um atendimento de emergência (Albert Sabin e Gonzaguinha) diante de alguma intercorrência após a alta; sete bebês já estavam cobertos por algum plano de saúde privada, enquanto os outros seis bebês que não possuíam nenhum plano de saúde ainda não tinham sido avaliados e acompanhados em consultas pediátricas nos postos de saúde. Esse fato foi justificado em decorrência de greves, alteração na marcação das consultas ou falta de profissionais nas unidades de saúde, mas todas as mães demonstraram satisfação com o seguimento oferecido na maternidade e a intenção de manter os filhos no serviço.

Na data da entrevista, a criança que tinha recebido alta no mês de setembro,

anterior ao dia da nossa visita, estava em casa há 07 dias, enquanto aquela que chegara há mais tempo vivia em companhia da família por 127 dias (dois bebês); outras três crianças tinham recebido alta entre 10-18 dias e uma completava um mês junto de seus familiares; 53 dias e 63 dias era o tempo de convivência em domicílio de dois gêmeos e duas outras crianças tinham recebido alta entre 74-79 dias, havendo o caso de um bebê com 88 dias e outro com 102 dias pós-alta hospitalar.

Assim sendo, partindo da caracterização da díade mãe-bebê prematuro extremo, apresentamos a vivência materna do cuidar em domicílio, sua experiência com o parto prematuro, a internação com o bebê e o itinerário dentro do sistema de saúde.

4.2 Categorias temáticas centrais

A fim de verificar o cuidar materno no dia-a-dia com o bebê nascido prematuramente utilizamos, durante as entrevistas, perguntas abertas sobre a experiência vivenciada por cada uma das mulheres de nossa pesquisa. O início de nossas conversas buscou sempre abordar o contexto do trabalho de parto da mãe entrevistada e isso se mostrou ferramenta extremamente válida para uma abertura materna maior aos questionamentos seguintes, bem como a uma melhor compreensão, por parte da pesquisadora, das expectativas e anseios que cada mulher carregava consigo ao dar entrada na emergência da maternidade-escola. Os relatos foram gravados, transcritos e lidos repetidamente, havendo também anotações de campo sobre as características domiciliares e familiares, bem como das impressões pessoais da pesquisadora.

O material apreendido a partir das entrevistas foi tratado numa perspectiva hermenêutica, isto é, trabalhado de modo compreensivo/interpretativo. “Dessa forma, só depois de compreender o que está velado é que o pesquisador poderá fazer a interpretação da questão pesquisada” (SALIMENA, 2007, p.64). Neste ínterim, buscaram-se identificar eixos de significação organizadores dos discursos acerca dos fatos, ações, crenças, valores e sentimentos relacionados às experiências vividas pelas mães de bebês extremamente prematuros, que passaram pela internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e adaptaram o aprendizado adquirido à realidade do cuidado domiciliar de seu bebê. Esses mesmos eixos foram interpretados à luz do quadro teórico esboçado:

Quadro 1 - Categorias Temáticas

CATEGORIAS	QUESTÕES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<p>1. O TRABALHO DE PARTO PREMATURO E SEU CONTEXTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais de prematuridade não evidenciados pelo sistema de saúde • Peregrinação até a maternidade • A sensação materna de culpa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O que aconteceu à mãe durante o pré-natal e após entrar em trabalho de parto? ▪ Como ela foi assistida pelo sistema de saúde? ▪ As mães têm consciência sobre os fatores envolvidos na prematuridade? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o itinerário materno até o momento do parto, sua experiência prévia com o sistema de saúde, o tipo de assistência dispensado e as impressões deixadas na vida da mãe acerca de seu papel no desencadeamento da prematuridade;
<p>2. O NASCIMENTO PREMATURO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internação, pré-parto e nascimento • O primeiro encontro • Interação mãe-bebê 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qual a experiência da internação pré-parto e do parto prematuro? ▪ De que maneira ocorre o convívio mãe-bebê durante a internação? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apreender os sentimentos e dificuldades do processo de internação, parto e nascimento, bem como o significado e os meios do contato com o bebê prematuro extremo;
<p>3. CUIDADOS DURANTE A INTERNAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interação mãe-profissionais • Higiene do bebê e enfermagem Canguru • Idas à maternidade e a alta hospitalar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como são executadas e ensinadas as práticas de cuidado e higiene com o bebê prematuro? ▪ Qual a solução encontrada pelas mães para acompanharem de perto a internação de seus filhos? ▪ Existe uma preparação para o momento da alta hospitalar? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abordar a interação mãe-profissionais de saúde durante as orientações de cuidado com o bebê; ▪ Descobrir até que ponto, onde e como as mães conseguem cuidar de seus filhos enquanto pacientes da maternidade e de que maneira ocorre o processo da alta;

<p>4. A MÃE, O ALEITAMENTO E A FADIGA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientações recebidas • O uso da gaze • Rotina de alimentação do bebê e aleitamento misto • O cansaço materno e a incapacidade de amamentar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De que maneira a mãe apreende e reproduz a prática do aleitamento? ▪ Quais suas percepções sobre a amamentação exclusiva do bebê prematuro? ▪ O cansaço materno, o desmame precoce e a amamentação mista estão associados de alguma forma? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discorrer sobre as diferentes formas de estímulo e prática do aleitamento materno que estão sendo adotadas com o bebê prematuro extremo, englobando fatores que dificultam e/ou impedem a exclusividade do aleitar;
<p>5. CUIDADOS EM DOMICÍLIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insegurança inicial • Higiene do bebê • Estratégias de superação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O que significa para a mãe a ‘volta pra casa’? ▪ Quais são as orientações recebidas sobre o cuidado em domicílio? ▪ Quais as dificuldades no cuidado domiciliar e como elas estão sendo superadas? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidenciar a realidade enfrentada e vivida por mães ao retornar para casa com o bebê extremamente prematuro, suas aflições, dificuldades e o apoio necessário para superá-los;
<p>6. O FOLLOW-UP DO BEBÊ E AS SUGESTÕES MATERNAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Onde tem ocorrido o seguimento (follow-up) dos bebês após a alta hospitalar? ▪ De todos os serviços utilizados, quais são os escolhidos voluntariamente pelas mães? ▪ De que maneira a assistência prestada precisa mudar, segundo os critérios de quem vivenciou um processo de internação nela? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descobrir a trajetória de mães-bebês, após a alta hospitalar na busca por assistência de saúde e o tipo de atendimento prestado. ▪ Apontar os serviços/setores de atendimento da maternidade-escola que têm deixado marcas negativas na vivência materna da internação, como também as sugestões elaboradas para melhorar a assistência.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2.1 O trabalho de parto prematuro e seu contexto

O nascimento prematuro, tema central desta pesquisa, é iniciado pelo trabalho de parto prematuro (TPP), intercorrência de difícil prevenção durante o pré-natal por apresentar etiologia multifatorial ou desconhecida, sendo apontado como responsável por 75% dos nascimentos pré-termo - anteriores à 37ª semana de gestação (IAMS, 2004 *apud* BITTAR, CARVALHO e ZUGAIB, 2005; BITTAR e ZUGAIB, 2009). A literatura considera, ainda, como aspectos polêmicos do tema, a dificuldade no diagnóstico do TPP, suas causas adjacentes e a assistência prestada ao parto (BITTAR, CARVALHO e ZUGAIB, 2005).

Na realidade vivida pelas mães entrevistadas, o TPP significou a frustração do sonho de uma gravidez tranqüila e dos preparativos com o enxoval da criança, sendo marcado pela chegada inesperada do bebê e a mudança na rotina familiar, fato gerador de medos, ansiedade, conflitos, culpa e insegurança:

“[...] quando ele nasceu eu num tinha comprado nadinha [risos], eu tava esperando completar os oito meses pra poder comprar, porque na sexta-feira foi que eles foram comprar assim, o básico, as camisetinha, as fraldinha e o sabonete [...]” Mãe 9

Faz-se necessário expor de antemão o significado atribuído à utilização da palavra ‘contexto’ na abordagem do TPP; seguimos uma das definições cunhadas pelo dicionário Aurélio (FERREIRA, 2008) segundo a qual “contexto é o conjunto de circunstâncias que acompanham um acontecimento”. Sendo assim, buscamos analisar interpretativamente, nas categorias abaixo, o cenário específico (tempo, local e pessoas presentes) que deu significado ao parto prematuro vivenciado pelas mulheres de nossa pesquisa.

4.2.1.1 Sinais de prematuridade não evidenciados pelo sistema de saúde

É consenso que existam sinais indicativos e/ou fatores de risco associados ao trabalho de parto prematuro (BEZERRA, OLIVEIRA e LATORRE, 2006), mas também, que a etiologia deste tipo de parto continua desconhecida em aproximadamente 50% dos casos, mantendo constantes as taxas de nascimento pré-termo mesmo em países desenvolvidos (SAVITZ *et al*, 1991 e PERRONI *et al*, 1999 *apud* CAETANO, 2004).

Em relação à assistência pré-natal, Kilsztajn *et al* (2003) encontraram uma associação diretamente inversa entre o número de consultas pré-natais e a incidência de baixo peso e prematuridade ao nascer, indicando que a qualidade da assistência pode determinar a

diminuição das taxas de prematuridade.

Em nossa pesquisa, particularmente, o contexto dos trabalhos de parto investigados envolveu, frequentemente, alguma história extraordinária⁵ e sinais de uma gestação diferente dos padrões de normalidade. Evidenciou-se, a partir das narrativas das mães, a realização de pré-natais incompletos, insatisfatórios ou de baixa qualidade, marcados por ausências/faltas constantes dos profissionais de saúde e pouca ou nenhuma investigação das queixas apresentadas pelas gestantes que pressentiam e identificavam sinais de alerta e os comunicavam a seus médicos, fosse a hipertensão, acidentes automotores, quedas, entre outros, conforme descrevem:

“[...] sempre que eu ia pras consulta com a médica, aí ela desmarcava, ela nunca tava...” Mãe 11

“Foi assim, eu, eu tava... tava em casa, no dia primeiro de maio, aí eu passei mal; no que eu passei mal, eu senti que minha pressão tava muito alta, aí eu fui pro hospital, que eu tenho plano de saúde, só que o plano não cobria o parto, aí eu fui lá, eu fui com contração e tudo, o médico me deu remédio pra parar a contração, aí parou meia-noite e eu voltei pra casa. Ele disse que era normal o que eu tava sentindo, mas num era não! Quando foi no dia cinco eu fui pra maternidade-escola, e quando foi no dia seis de madrugada ele nasceu... Assim, eu num sei... Porque foi assim, foi gradual, eu comecei a ficar muito inchada... durante a gravidez, mais do que o normal, que a gente ficava achando que não era normal, mas o médico falava: é normal mulher grávida ficar inchada! Mas era muito inchada, muito inchada mesmo... Aí, eu num sei...” Mãe 3

Podemos perceber, nos depoimentos anteriores, a frustração da gestante que não consegue realizar adequadamente suas consultas pré-natais ou que, comunicando a intercorrência por ela identificada, não percebe sua queixa devidamente investigada ou escutada. Outra característica marcante na fala dessas mulheres foi a insatisfação com a realização dos tratamentos para as intercorrências desenvolvidas na gravidez; mesmo nos casos de hipertensão gravídica. As mães queixaram-se sempre das idas e vindas hospitalares frente a recorrência dos picos hipertensivos e do mal-estar:

“Eu fui fazer o pré-natal lá [no posto de saúde perto de casa] aí a mulher me deu um papelzinho e me mandou pra maternidade de Maracanaú, aí eu fiquei fazendo as consultas tudo direitinho, mas eu sentia muito mal-estar direto e aí minha pressão tava alta quase toda vida quando eu ia, aí a pressão tava alta... Só vivia de atestado ou de falta [no trabalho]. Aí quando eu fui ter eles ainda deu um começo de... como é? Pré-eclâmpse, né? Foi...” Mãe 4

A recorrência do relato de picos hipertensivos e da inabilidade em controlá-los,

⁵ Entenda-se extraordinária como uma história “fora do que é comumente escutada no dia-a-dia”.

nas falas das entrevistadas, causa preocupação visto que “no Brasil, a hipertensão na gravidez corresponde à principal causa de morte materna obstétrica direta nos últimos anos” (SERRUYA, LAGO e CECATTI, 2004b, p. 272)

Além da fragilidade do serviço prestado a essas mães durante o pré-natal, como nos indica os depoimentos anteriores, faz-se importante salientar o que nos apresenta a pesquisa de Bezerra, Oliveira e Latorre (2006) sobre a organização do serviço de saúde diante do trabalho de parto prematuro (TPP): à revelia do tratamento instituído para inibição do TPP, mais de 66% dos trabalhos de parto prematuros investigados evoluíram para o nascimento prematuro. Estes autores advertem que, entre os procedimentos para a alta hospitalar durante as intercorrências gestacionais, as famílias devem ser orientadas sobre a identificação do momento correto de voltar para o hospital (padrão contrátil aumentado e contrações uterinas dolorosas).

Mesmo não tendo recebido essa orientação quanto aos sinais do TPP, as mães por nós entrevistadas conseguiram perceber esses sinais da antecipação do parto, sendo que cada mulher explicou de maneira própria o início do seu trabalho de parto - associando-o aos mais diversos eventos do dia-a-dia, como as vacinações, por exemplo - ao passo que aquelas que sofreram algum acidente doméstico foram muito mais confiantes ao identificar a causa da prematuridade de seu bebê, como nos relatam as mães:

“Eu tava fazendo tudo direitinho aqui no posto perto de casa, e tava tudo normal, tudo, tudo. Mas a queda foi no domingo e na quinta-feira seguinte eu já senti as dores e eu nunca tinha sentido nada antes... e se num tivesse me levado direto pra maternidade, se tivesse tentado me levar pra qualquer médico antes, num tinha dado tempo...” Mãe 9

“[...] eu tenho certeza que ele nasceu prematuro porque eu tive uma queda no banheiro, eu caí no banheiro, por isso que ele nasceu prematuro... As minhas pernas abriram muito, eu senti uma dor muito forte por dentro e eu só não caí de barriga porque a minha prima me segurou que ela tava justamente, ela tinha acabado de lavar o banheiro [...]” Mãe 6

Na obstetrícia, o nascimento prematuro ainda é um dos maiores problemas não solucionados, concentrando esforços tanto na prevenção da prematuridade em si quanto no manejo do seu movimento desencadeador, o TPP. Bittar, Carvalho e Zugaib (2005) enfocam, inclusive, os desafios da assistência ao TPP, como a dificuldade em diagnosticá-lo corretamente, a imprecisão das causas adjacentes, o uso da tocólise para prolongar a gravidez, e também, a administração de antibióticos, corticosteróides e a própria assistência ao parto.

Vale salientar que em 75% dos casos, aproximadamente, o TPP inicia-se espontaneamente e que, somente nos 25% dos nascimentos prematuros restantes, o parto é

eletivo, havendo a interrupção da gravidez em decorrência de alguma complicação materna e/ou fetal (IAMS, 2004 *apud* BITTAR, CARVALHO e ZUGAIB, 2005).

Se por um lado, todas as mães tinham alguma explicação própria para a prematuridade de seus bebês, cabe aqui ressaltar que nenhuma delas recebeu algum tipo de orientação profissional sobre as possíveis causas do TPP durante o seu período de internação na maternidade-escola ou, ainda, nos demais serviços utilizados ao longo de seu itinerário pelo sistema de saúde. Nesse caminho, Arruda e Marcon (2007) também alertam à fragilidade e desorganização dos serviços de saúde diante dos eventos inesperados da vida (como o TPP) e da necessidade de um cuidado médico-hospitalar que garanta um processo educativo a todo o núcleo familiar durante o seguimento ambulatorial da gestante de risco, ajudando-o a conviver com as complicações da gravidez.

4.2.1.2 Peregrinação até a maternidade

A assistência materno-infantil - representada por consultas esparsas no período pré-natal - teve início no fim do século XIX, como uma extensão à atenção médica dispensada ao parto, com a finalidade de diminuir as taxas de mortalidade materna e do recém-nascido. Ao longo dos anos, diferentes modelos de assistência pré-natal foram desenvolvidos pelo mundo e, no Brasil, até o final da década de 70, a prática do pré-natal era o serviço mais oferecido às mulheres (SERRUAYA, LAGO e CECATTI, 2004b).

No âmbito da saúde coletiva, fruto do movimento sanitário e da criação do SUS, o Ministério da Saúde passou a adotar, no início da década de 80, programas específicos de assistência à saúde da mulher e da criança (PAISM e PAISMC, respectivamente); como essa assistência manteve questões importantes, especialmente as taxas de mortalidade por causas evitáveis, o governo lançou também, em junho de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério da gestante e ao recém-nascido, fundamentando-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal (SERRUAYA, LAGO e CECATTI, 2004a).

Contudo, as dimensões continentais de nosso país e as características políticas regionais têm determinado diferenças na instalação desses programas e na qualidade da assistência prestada, havendo, ainda, que se promover “o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto” (SERRUAYA, CECATTI e LAGO, 2004, p. 1283). Ou seja, os serviços antenatais encontram-se desvinculados da assistência ao parto e esta, por sua

vez, também não apresenta continuidade no seguimento puerperal ou da criança. As pesquisas continuam apontando a carência de efetivação do sistema de referência e contra-referência que garanta o vínculo entre o pré-natal e o parto e que promova, em seu turno, relações humanizadas entre profissionais e pacientes (SERRUYA, LAGO e CECATTI, 2004a).

Na nossa prática de campo, muitas das sensações, angústias e dúvidas maternas no cuidado com seu bebê prematuro, como também a sua capacidade ou não de comunicar-se com a equipe de saúde (dependendo, evidentemente, da personalidade extrovertida ou introvertida de cada uma), tiveram sua origem embrionária na forma como essas mães foram acolhidas e assistidas pelo sistema de saúde durante a gestação e, especialmente, na ocasião do trabalho de parto antecipado.

No sistema municipal de Fortaleza, apesar de não haver uma abrangência do PSF (Programa Saúde da Família) em todas as regionais, o ideal seria que a mulher tivesse acesso inicial à unidade primária de saúde e, a seguir, fosse encaminhada, caso necessário, ao serviço especializado (a maternidade-escola, no caso da gestação de risco). Entretanto, observamos relatos de peregrinações por serviços devido à incapacidade de identificação real do problema que essas mulheres apresentavam na ocasião da consulta ou em decorrência da falta de recursos técnicos ao atendimento de um prematuro:

“Eu fui pro hospital, o hospital aqui da barra mesmo, mas quando eu cheguei lá mandaram eu ir pra maternidade-escola ou pra outro hospital que lá eu num podia ficar.[...] Num tinha incubadora pra botar ele, que ele era prematuro...” Mãe 10

“Então, assim, eu acho que eles lá [no Antônio Prudente] já podiam ter detectado, já podiam ter visto alguma coisa, entendeu? Não fez nenhum exame... E quando eu cheguei e falei pro médico lá da emergência [da maternidade-escola], quando eu falei a mesma coisa, ele já começou a correr, entendeu? Olhe, nós vamos botar uma sonda em você, você tá assim, assim, assim, e a gente vai ver como é que, vai acompanhar como é que vai evoluir e tal...” Mãe 3

Esses relatos também sugerem que a ausência ou inadequação das informações prestadas nos serviços utilizados agravou a dificuldade vivida pelas mulheres entrevistadas, aumentando o desgaste emocional da parturiente e repercutindo no processo de vinculação mãe-filho, como observaram Souza *et al* (2007).

Ainda no contexto do nascimento prematuro, ao discorrer sobre o processo de internação pré-parto, as mães sempre compararam a assistência recebida nas consultas e internações antenatais com o serviço prestado na maternidade-escola, revelando profunda confiança na equipe de saúde e nos serviços dispensados pelos profissionais da maternidade.

Chamaram-nos especial atenção os casos onde, na iminência do parto, as mulheres

eram apenas orientadas a procurar a maternidade-escola, mas não recebiam o referenciamento adequado, nem tampouco a assistência devida à trajetória que percorreriam pela frente (uso de ambulâncias e acompanhamento de pessoal qualificado, por exemplo), revelando a necessidade de efetivação do sistema de referência e contra-referência no município de Fortaleza, conforme revelado pelas mães:

“[...] quando eu cheguei lá mandaram eu ir pra maternidade-escola ou pra outro hospital que lá eu num podia ficar.[...] Num tinha incubadora pra botar ele, que ele era prematuro... [...] Pegamo a ultra-som dele, pegamo o carro da nossa colega, aí foi ir direto pra maternidade-escola, do jeito que a gente tava mesmo, entremo direto na emergência e foi bem rapidim pra gente ser atendido, graças a Deus, que nossa colega achava que tinha que ter algum papel pra mostrar...” Mãe 10

Conforme cita Serruya, Lago e Cecatti (2004a, p. 273), “a falta de vínculo entre a assistência pré-natal e a do parto leva as mulheres, em trabalho de parto, a uma peregrinação à procura de vagas”.

Por sua vez, a ausência de transporte ágil e adequado da parturiente caracteriza-se fator de preocupação na experiência de nossas entrevistadas por diversos motivos: a) primeiramente, porque a rapidez no diagnóstico do TPP minimiza os riscos de complicações neonatais (BITTAR e ZUGAIB, 2009); b) os serviços sem estrutura para o atendimento de gestantes ou recém-natos de risco devem se mobilizar para encaminhá-los ou transferi-los aos leitos existentes (CARVALHO e GOMES, 2005); c) por último, porque “a sobrevivência de recém-nascidos prematuros e de muito baixo peso reflete a qualidade do atendimento antenatal, do cuidado ao trabalho de parto e parto e a estrutura de atendimento neonatal” (ALMEIDA *et al*, 2008, p. 301).

Quase sempre, as mulheres chegaram à maternidade acompanhadas apenas de algum familiar, sem nenhuma noção do que aconteceria lá dentro e de seus direitos como pacientes que eram de uma instituição pública de referência no atendimento à gestação de risco (como o direito a acompanhante no momento do parto, por exemplo). Suas falas revelaram sentimentos de angústia e frustração pela incerteza quanto à saúde de seus filhos, somados à sensação de solidão e insegurança diante da constatação de que precisariam continuar sozinhas após a internação:

“[...] eu chamando por X [marido] que queria o X, queria o X, aí o médico: quem é esse X, pelo amor de Deus [risos]? Aí: não, é o esposo dela! E cadê ele? Tá lá em baixo! Mas aí num chamaram [...]” Mãe 9

“Ele ficava do lado de fora porque só pode entrar quando é normal, mas ele foi até a última horinha ficar do meu lado.” Mãe 8

“[...] eu acho que, eu não sei se meu marido poderia ter ido, se ele poderia ter ficado comigo; se ele tivesse ficado eu teria ficado bem mais tranqüila e ninguém me informou nada [...] Mãe 3

A presença do acompanhante no centro obstétrico, durante o período de pré-parto e parto, já é indicada na literatura como um fator determinante para a segurança e apoio da parturiente (GUIMARÃES e MONTICELLI, 2007), ao passo que a ausência dos cônjuges na sala de parto, além de aumentar a ansiedade das mães e deixá-las a sensação de solidão e insegurança, fere um direito legal da parturiente brasileira que, desde o dia 07/04/2005, através da Lei nº 11.108/2005, tem o direito de escolher seu acompanhante e dele permanecer junto durante todo o período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos serviços de saúde do SUS ou da rede conveniada (BRASIL, 2005).

Outro sinal importante da falta de organização ou desestruturação no sistema de referência foi a ausência de orientações sobre o encaminhamento da gestante à maternidade ou algum hospital credenciado ao SUS durante a realização do pré-natal; as mães, na inexistência de um diálogo esclarecedor com os profissionais que lhes acompanhavam na gestação, procuraram a maternidade-escola, ao entrar em trabalho de parto, por já terem conhecimento do tipo de atendimento lá prestado ou por indicação de algum parente ou amigo. A confiança na instituição (maternidade-escola) formou-se ou cresceu, na vida dessas mulheres, a partir da assistência (in) formal e acessível por elas recebidas; o vínculo existente com amigos e parentes assumiu o papel que deveria ser, também, do profissional de saúde:

“[...] eu tive ela aqui [apontando para uma das filhas maiores] e meu primeiro menino lá na maternidade-escola, aí eu fui e voltei que eu gostei do serviço de lá... E foi fácil o atendimento quando eu cheguei, que eu fui logo na emergência, aí é fácil, eles sempre atendem rápido...” Mãe 1

“[...] eu fui direto pra maternidade porque eu sabia que isso não era coisa de posto não [...] então eu sabia que tinha de ir pra maternidade; eu fui, como era referência, minha prima sempre falou que teve as três meninas delas lá, aí eu fui; já tinha ido já duas vezes lá pra conhecer, aí eu fui direto na maternidade-escola [...] eu fui conhecer porque eu queria fazer meu pré-natal lá... Por duas vezes eu tive [na maternidade], por duas vezes tava em greve, aí não tavam aceitando gente de fora, só quem já tava fazendo o pré-natal; aí eu não tinha opção, fiz no posto aqui perto as 28 semanas.” Mãe 6

O acesso aos serviços é um componente importante do pré-natal na rede pública podendo ser caracterizado, entre outros, pela garantia do leito para o parto; Ribeiro *et al* (2004) observaram que 47,2% das mulheres entrevistadas por eles desconheciam o local onde seria realizado o parto, revelando um obstáculo do sistema, já que 30,9% delas considerava

difícil ser aceita numa maternidade.

Em nossa experiência, ficou evidente, durante as conversas, que a opção voluntária pela maternidade-escola aconteceu de forma expressiva entre as mães entrevistadas, baseada em impressões e comentários de quem já conhecia e elogiava o serviço. Mesmo antes do aparecimento de sinais claros de prematuridade, o local de dar à luz já havia sido escolhido por algumas mulheres e era sempre a maternidade-escola.

Faz-se importante salientar que esta maternidade é referência no atendimento à gravidez de risco e que há casos em que as pacientes são devidamente encaminhadas ao serviço, especialmente na ocorrência da gravidez gemelar:

“Eu só tive tempo mesmo de ir pra maternidade-escola, porque eu fazia meu pré-natal aqui no...como é?SESI da Parangaba, particular, mas lá não dá acesso a parto, mas eu já tinha convênio lá...Aí eles lá mesmo indicam pra gente procurar a maternidade-escola quando entrar em trabalho de parto, então eu já tinha programado que seria lá. Eles me encaminharam pra maternidade-escola, eu fui pro posto pegar um papelzinho que tem que levar pra lá...Eu já tava com tudo isso preparado já! Porque ainda mais dois, gravidez de risco, todo mundo falava que tinha que ter cuidado...” Mãe 5

4.2.1.3 A sensação materna de culpa

No contexto do TPP, as falas maternas evidenciaram a insatisfação com a incapacidade de manter uma gestação dentro da normalidade, sugerindo que essas mulheres assumiram a responsabilidade/culpa pelo nascimento prematuro de seus filhos, assim como pelo sofrimento que essas crianças tiveram de enfrentar no início de suas vidas:

“Eu me senti muito mal, eu me senti culpada porque eu achei que eu fui negligente. Porque tava tudo normal com a minha gravidez e meu filho ia nascer prematuro, ia ter esse sofrimento... e eu nem sabia se ele ia nascer vivo, porque o médico não me deu garantia nenhuma que me atendeu, ele foi, foi bem claro ele [...] foi uma gravidez esperada e aí, por causa de uma negligência minha ele nasceu antes do tempo, e causar esse sofrimento todo...” Mãe 6

”Mas emocionalmente foi um sofrimento, porque eu ficava com medo, ficava com medo de sentir... porque nove hora eu senti dor e num sabia o que era e a enfermeira disse que se nove hora quando eu senti dor tivesse logo ido pro plantão médico, talvez eles ainda tinham me deixado internada, que dá remédio, e eu não... esperei, de teimosa fiquei lá... trabalhando, sentindo dor.” Mãe 9

A literatura aponta a culpa como uma emoção experimentada pela mulher quando há um desvio de sua condição de totalidade (JUNG, 1963 *apud* BENUTE *et al*, 2009), ou seja, um desagradável sentimento de autocrítica intimamente associado à sensação de fracasso

pessoal das mulheres.

Na relação entre mães e recém-nascidos prematuros, Guimarães e Monticelli (2007) apontam os sentimentos de culpa, medo e insegurança - com relação ao parto e nascimento - como um complicador na formação do apego e como um processo de luto inconscientemente esperado.

Sendo assim, é possível que este sentimento de culpa tenha influenciado a forma como as mulheres por nós entrevistadas interagiram com seus bebês ou a eles se dedicaram, além de toda a sua capacidade de integração social em família. As mães que relataram maior resistência com a gestação foram as mesmas que apresentaram maior dificuldade na aceitação da imagem real do bebê extremamente prematuro:

“Aí quando eu cheguei lá e vi aquele monte de tubo, aí eu fiquei assim, eu fiquei horrorizada, vendo aquela coisa bem pequenininha, aí eu pensei: valha, meu Deus, como é que pode?[...] Porque da primeira vez que eu entrei [na UTI], eu olhei pra uma doutora lá perto e eu disse assim: essa criança assim... faz xixi, faz cocô? [risos] Porque é uma coisa tão pequenininha... E ela: minha filha, é um ser humano, come, xixi, faz cocô, chora... sente dor, faz isso, faz aquilo; aí eu: ai, é?...Ela: é...[risos] Aí eu: valha... que eu ficava tão impressionada olhando!” Mãe 1

“É que depois que eu tive ele eu fiquei internada vários dias, sabe, sozinha, porque minha mãe não podia ficar lá não, aí eu passei uns nove dia lá e nem lembro mais quando foi que eu fui ver ele... que as pessoas perguntavam se eu queria, mas [...] eu num queria ir muito não, sabe, as pessoas perguntavam pouco se eu ia, mas quando eu fui, aí que ele pegou e olhou pra mim, aí eu senti que era mãe, passa muita coisa na cabeça, como é que pode ser tão pequeno...” Mãe 11

Machado e Bosi (2008) já alertaram que um dos primeiros desafios enfrentados pela mãe de um bebê prematuro é o conflito, cheio de sofrimento, entre a imagem idealizada e a imagem do bebê real, enquanto Arruda e Marcon (2007) enfatizam que essas mulheres ainda elaboram, frequentemente, o sentimento de culpa pelo nascimento prematuro em si.

Fato interessante, em alguns depoimentos, foi que a culpa em relação ao nascimento prematuro também foi associada à falta de cuidados no período inicial do pré-natal e com a própria gestação; as mesmas mulheres que referiram maior dificuldade na interação inicial com seus bebês, foram aquelas que relataram maior resistência com a gravidez ou até mesmo a falta de desejo de preservá-la:

“É, eu acho que foi mais assim, falta de cuidado desde o começo, da gestação... Eu sabia que tava grávida, mas eu num cuidei de ir logo na... fazer o pré-natal, eu não cuidei de ir logo no começo, já fui fazer já era bem tarde, já com alguns meses que eu fui fazer o pré-natal, aí eu acho que foi isso. Deixei de tomar um monte de vitamina desde o começo, mas a gravidez foi tranquila, fora o fato da pressão alta, assim, já no final.” Mãe 11

“[...] eu tentei [abortar], acho que foi disso. Assim, eu tava com quatro semanas, aí eu sangrei, mas depois eu comecei a tomar anticoncepcional de novo, aí parei e esperei vir a menstruação e num vei, aí eu fiz: valha e porque num vei essa menstruação? Aí eu peguei e fui bater o ultra-som, aí, aí, não tinha saído a criança... E era porque a barriga tava normal, nem tava crescendo, eu pensava que tinha... Porque eu sangrei... Eu tava com dois mês e sangrei normal e quando eu fui descobrir, já tava com quase quatro mês já... Aí, quando eu descobri mesmo, eu fui e comecei a fazer o pré-natal, com as consulta tudo, tomei as vitamina, tomei tudo. Fiz as consulta aí, ali no posto Santa Liduína, que é onde eu levo as meninas [ela já tinha um filho e duas filhas nascidos a termo] quando elas precisam de consulta. Todo mês tinha consulta...” Mãe 1

Na verdade, “a recomendação de se iniciar o pré-natal assim que a gestação seja diagnosticada objetiva fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco” (SERRUYA, LAGO e CECATTI, 2004a, p. 272). No caso da tentativa do aborto, a mulher entrevistada não parecia consciente dos riscos que correu ou aos quais submeteu sua criança, apesar de associar o evento ao nascimento prematuro. Como na pesquisa de Benute *et al* (2009), a tentativa de abortamento identificada em nosso estudo estava associada diretamente à falta de anuência do cônjuge.

É importante indagarmos se estas mulheres permaneceriam culpando a si mesmas ou a situações inofensivas se recebessem algum tipo de informação técnica - durante o período posterior ao nascimento do filho - a respeito da prematuridade e seus fatores associados, bem como se houvesse uma comunicação adequada com a equipe que lhes assiste durante todo o processo de sua internação pré ou pós-parto, retirando suas dúvidas constantes. Nesse sentido, estudo realizado com mães de 32 bebês MBPN (FRAGA *et al*, 2008) evidenciou que a existência de programas de suporte e informação aos pais é capaz de reduzir o estado de depressão e ansiedade e os sentimentos negativos em relação ao nascimento do bebê prematuro, reduzindo o estresse materno, aumentando a interação entre pais e filhos na UTIN e aumentando a crença materna sobre suas habilidade de maternagem.

4.2.2 O nascimento prematuro

O nascimento de um filho marca a transição nos papéis do homem e da mulher no casamento, na família e na sociedade; casados ou não, precisam adaptar-se à tarefa/missão de serem pai e mãe assumindo, especialmente no caso feminino, os cuidados com o bebê recém-nascido. Como bem nos alerta Arruda e Marcon (2007), a chegada dos filhos merece atenção especial por parte daqueles que lidam com a família nos serviços de saúde, ainda mais em casos de nascimentos prematuros (e também gestações não-planejadas), por revelarem

experiências de vida ímpares, cerceadas por internações hospitalares, agravos de saúde de mães e bebês e especificidades nos sentimentos de paternagem e maternagem.

Para as mães de prematuros o momento tão esperado de dar à luz acontece de uma forma inesperada e, por isso mesmo, parece marcar ainda mais a história da mulher que o vivencia fazendo com que cada instante, da sua internação em trabalho de parto ao convívio com o bebê durante os primeiros dias na UTIN, seja relatado como uma experiência marcada por sentimentos ambíguos de dor e vitória, onde o medo precisa ser superado através da fé em Deus e da confiança na equipe de saúde:

“Eu tive de madrugada eles, aí me levaram pra enfermaria, eu merendei e fui lá pra UTI, tavam na UTI, fui logo lá olhar eles, e quando eu vi... aí, eram tão pequeninim, eu pensei que nem iam sobreviver [a mãe chora um pouco até recuperar a voz e continuar]... eles eram muito pequenininho. De baixo peso... aí aqueles aparelho neles assim... eu pensei que eles iam morrer [chora ainda mais forte] ... graças a Deus, tão aí! Mas foi muito ruim ver os aparelho neles...” Mãe 4

Ao lembrar o nascimento de seus filhos, as falas maternas revelaram três aspectos marcantes no contexto do parto prematuro: a) o processo de internação pré-parto e o parto propriamente dito; b) o primeiro encontro com o bebê na UTIN; c) a interação mãe-filho prematuro durante o período de internação na maternidade-escola. Abordamos esses aspectos nas categorias abaixo:

4.2.2.1 Internação, pré-parto e nascimento

Toda mulher idealiza o momento do parto ao passo que para aquela que vive a experiência da prematuridade a descrição do nascimento é um momento rico em detalhes e emoções. Há inúmeros relatos, na literatura, sobre o significado do parto prematuro, desde a sensação de fracasso pela incapacidade de ter um filho em tempo normal e sem intercorrências, até memórias repletas de sofrimento, geração de estresse psicológico na parturiente e ansiedade (ARRUDA e MARCON, 2007; BEZERRA, OLIVEIRA e LATORRE, 2006; FEGRAN, HELSETH e FAGERMOEN, 2008; GUIMARÃES e MONTICELLI, 2007).

Em nossa experiência, as mães pareceram não conseguir acompanhar/compreender a velocidade com que acontecera a internação e todo o processo de parto, assumindo uma postura passiva de quem apenas observava cenas. As falas, cheias de emoção, revelaram a preocupação única com o estado de saúde do bebê que nascia em

detrimento da capacidade de compreensão dos procedimentos adotados:

“Mas assim que a gente chegou eles fizeram o exame, tiraram o sangue, aí o médico disse: ela tá sangrando! O outro disse: tá sangrando? Aí tiraram minha roupa e mandaram eu ir... Quando chegou lá, aí me botaram lá pra ter nenê, que a bolsa nunca estourava, aí o médico foi e estourou a bolsa e disse: a contração que você sentir, você bote força! Aí só tava a cabecinha dele, só tava vendo só os cabelinim dele; aí ele disse: não, bote força! Que eu senti a contração... Aí: bote força! Aí eu botei e a cabeça dele saiu, aí quando saiu eu num senti mais nada, só senti a cabecinha dele; aí eles botaram ele aqui em cima [e mostra o lugar em que encostaram o bebê nela], bem roxinho ele, bem pequeninim, aí levaram ele bem rápido, porque ele só deu um chorim. Mas aí os médico diz que ele tinha nascido mortim; ele nasceu mortim, que o Apgar dele foi três...mortim... e ele só deu um chorim assim... bem... o chorim dele! Aí levaram ele bem rápido! Aí levaram ele pra UTL...” Mãe 9

”[...] ficavam me mexendo, você num sente nada, parece uma boneca, te rebolando pra lá e pra cá... o médico fazendo assim [demonstra o movimento de retirada da criança] e eu: valha, meu Deus do céu, tão com dificuldade de tirar a X [nome da filha]! Que nada, ele tava era me costurando, a X já tinha nascido, já, e eu achando que ainda iam tirar ela...” Mãe 2

“[...] e eu também nem consegui pensar em nada [...] Mulher, foi tão rápido, assim, foi tudo tão rápido... Eu cheguei lá onze horas da noite e já me colocaram em sonda e tudo assim que num deu tempo pra pensar... não... só tava lá! Porque assim, meu esposo não tava lá, aí então, eu fiquei muito mais assustada porque eu tava sozinha... porque eu tava sozinha...” Mãe 3

Percebemos que as experiências relatadas mudaram em decorrência da situação vivida havendo, durante o período do pré-parto na maternidade-escola, mulheres que ficaram dias internadas na tentativa de postergar o nascimento de seu bebê e outras que já foram encaminhadas direto às salas de parto, pouco depois do acolhimento no serviço de emergência da maternidade.

Como nos exemplos anteriores, os depoimentos nos sugerem, também, uma diferença no envolvimento materno quando a mulher vivencia o parto vaginal e quando é submetida à cesárea. Corroborando nossos achados, Gama *et al* (2009) afirmam que a experiência do parto é constituída pelas circunstâncias e expectativas vivenciadas pelas mulheres, sendo que - segundo a mulher que passou pelas duas formas de parto - o parto normal facilita a relação mãe-bebê quando comparado à cesariana.

Nesse ínterim, analisando a preferência pelo tipo de parto, Faúndes *et al* (2004) observaram que, entre as entrevistadas submetidas ao parto transvaginal e também à cesárea, as mulheres preferem a via de parto natural por considerá-la menos sofrida para mãe e bebê, assim como pela possibilidade de uma recuperação rápida e fácil, facilitadora à retomada da vida social.

Independentemente da via de parto - vaginal ou cesárea -, nenhuma mulher por

nós entrevistada contou com a companhia do esposo no momento do nascimento do filho; apesar da insegurança gerada pela situação do parto prematuro e da solidão, elas não receberam nenhum tipo de explicação sobre a impossibilidade da companhia de seu cônjuge no momento do parto, assim como não tomaram conhecimento sobre a “Lei do Acompanhante”. Vale ressaltar aqui que, mesmo reclamando da ausência dos companheiros na sala de parto, muitas dessas mulheres interpretaram isso como medida de segurança do próprio hospital, em benefício da saúde de seus filhos e delas mesmas:

“[...]Porque meu esposo e minha irmã foram comigo pra maternidade, mas eu subi só, ele não ficou comigo na emergência, em nada... eu acho que foi por causa disso, eu acho que se tivesse sido um parto normal, tranqüilo, nem que fosse cesáreo, mas num tivesse sido de emergência, alguma coisa assim, ele podia tá, mas...” Mãe 3

Nesse processo de hospitalização e nascimento prematuro, entre as diferentes significações atribuídas à internação que antecedeu o momento de dar à luz houve unanimidade, entre nossas entrevistadas, quanto à resistência e incômodo causados pelo ambiente hospitalar. É importante salientar, aqui, a interpretação dos autores de que, além da preocupação com seu próprio estado de saúde e do filho, o período da internação é uma situação conflitante, geradora de sofrimento e estresse maternos frente ao distanciamento do convívio familiar e social que ele provoca e às dificuldades de comunicação entre mães e as equipes que lhes assistem (MOLINA *et al*, 2009; VASCONCELOS, LEITE e SCOCHI, 2006; SOUZA *et al*, 2007).

Agravando o estresse emocional próprio à situação do TPP, as mulheres de nossa pesquisa que passaram mais dias internadas antes do nascimento de seus bebês interpretaram a demora no parto como um risco adicional à sobrevivência de seu filho:

“[...] me levaram lá pro primeiro andar, aí depois, lá pra noitezinha eu fui pra sala de parto, fiquei, quando foi sete e meia pra oito horas eu comecei a ter os nenê, que foi cesáreo... Eu nem entendi porque que esperaram tanto se ia fazer cesáreo, eu perguntava e só diziam: não, num tá ainda na hora; e eu: ôxe, a bolsa rompeu, os bebê vão já é morrer... e eles: não, ainda tem tempo! E eles queriam que fosse normal, num queria que fosse cesáreo, aí acho que por isso que esperaram...” Mãe 5

”Durou uns seis mês, aí a bolsa rompeu [...] Aí eu fui me internei, aí cheguei lá e fizeram exame e viram realmente que minha bolsa rompeu, aí eu fiquei internada; oito dia internada, tomando remédio pra segurar mais ela... lá na maternidade-escola. Mas num tinha mais um líquido! [...] Eu pensava que tavam esperando ela morrer, assim, pra me darem remédio pra botar pra fora... Foi isso que eu pensei [...]aí eu peguei, de manhã, quando foi no domingo de manhã, eu vi o Dr X, um Dr lá, aí eu disse: Dr X, tão esperando o quê pra tirar ela de mim? Aí, aí ele disse assim: minha filha, tem que esperar mais um pouco, ela tem nem um quilo, num sei o quê, 26 semanas... Aí eu disse assim: sim, mas acho que ela num vai mais... assim, eu num vou sentir mais dor pra ela sair não... Aí ele perguntou: você ainda tá sangrando? E

eu: tô, quando eu me levanto sai só os bolo... Aí ele disse assim: então eu vou levar você lá pra sala de parto. Aí chegou lá, aí eu fiquei lá em cima e apareceu um Dr, aí, aí olhou lá minhas coisas, as coisa tudim, aí olhou tudim, lá minha história, aí disse: não, vamo fazer o cesário nela, aí levaram eu para o centro cirúrgico e eu fiz minha primeira cesariana, que os outro tinha sido tudo normal..." Mãe 1

"Ô, a vontade que tinha era de ir pra casa, porque eu detesto ficar em hospital... Mas quando eu entrei na sala de parto, aí eu fiquei com medo, que eu chorei muito [risos], que eu tava com medo... de ter ele, sei lá, de matar ele, dele num sair completo... Que já era muito tempo esperando, vendo coisa ruim acontecer com as outra, e ninguém explicava muito" Mãe 10

Os excertos acima nos apontam a angústia vivenciada pelas mulheres que passaram algum tempo internadas antes do parto; a demora no processo do nascimento, a falta de esclarecimento sobre sua situação e a condição de saúde de seu feto e, especialmente, o ambiente hospitalar e a solidariedade com a dor da perda de outras mulheres internadas nas mesmas enfermarias surgiram, veementemente, na fala das mesmas como fatores desencadeadores de pensamentos negativos e exacerbação da insegurança com a vida do filho após o parto.

Relatos como estes nos chamam atenção, pois a preocupação com a sobrevivência do filho nascido prematuramente vem sendo associada a sentimentos de culpa, incapacidade, medo ou ansiedade configurando-se num fator de interferência - inconsciente - na relação e na formação do apego dos pais com seu bebê prematuro (GUIMARÃES e MONTICELLI, 2007; PADOVANI *et al*, 2004). Em nossas entrevistas, as falas sobre o período de internação pré-parto foram sempre acompanhadas de lágrimas, da sensação de solidão e do medo do desconhecido; como nos diz Arruda e Marcon (2007, p. 126), "o limiar entre a vida e a morte passa a fazer parte do imaginário, à medida que a mãe aprende a decifrar a linguagem técnica utilizada no mundo do hospital".

Todavia, apesar da dor emocional que referiram - como que num processo de reconhecimento do esforço empreendido pela equipe de saúde na manutenção da gravidez e das condições fetais (ARRUDA e MARCON, 2007) -, havia também, nas falas, a profunda gratidão pelos profissionais que acolheram e sustentaram o sonho do bebê vivo e saudável:

"[...] aí eu cheguei lá na cesárea, o anestesista foi ótimo, ele conversou comigo, passou o tempo todinho conversando, ele falava pra mim, eu pedi pra ele falar o que tava acontecendo, e ele falou: olha, agora vai tirar o nenê, num sei o quê... Aí eu só lembro de ouvir ele chorar, aí ele chorou uma vez, parou, chorou de novo e depois eu não lembro mais de nada... E quando eu acordei eu tava no elevador e a mulher falou assim: olha mãe, quer ver o nenê? Aí levantou ele e baixou muito rápido e aí levou logo porque ele tava com um problema pra respirar também, aí ele foi pra UTI e eu fui pra UTI também! Eu fiquei dois dias na UTI que era pra ver se controlava a pressão." Mãe 3

”[...] eu vi ela nascendo bem pequenininha, só aquele chorinho bem baixim, parecia assim um gatim miando, eu disse assim: nã... porque eu escutei quando ela nasceu e a doutora me amostrou, a doutora X, aí levaram pra UTI direto e me disseram: vamo cuidar dela com muito amor e carinho, que ele perguntou como era o nome dela, assim, antes, aí eu disse: Y [nome da filha], aí ela disse assim: ó aqui, mãezinha, a Y, vamo levar ela lá pra UTI e vamo, vamo cuidar com muito amor e carinho, ela disse, a doutora...” Mãe 1

No momento mais crítico do nascimento, diante da necessidade da separação física e dos sinais evidentes da fragilidade do bebê, as mulheres entrevistadas sempre fizeram alusão aos profissionais com os quais mais se identificaram; pudemos observar que, por um instante, a voz, a presença ou a ação de alguém da equipe as fez acreditar na recuperação de seus recém-nascidos. Transpondo o momento de incertezas do parto prematuro, Molina *et al* (2009) lembram-nos que os sentimentos de gratidão dos pais são desenvolvidos também em relação ao cuidado prestado e à atenção dispensada pelos profissionais, durante todo o período de internação do bebê na UTIN.

Por outro lado, concomitantemente à interação com os profissionais ou à gratidão pela atenção a elas dispensadas, faz-se necessário evidenciar que, ao falar sobre o acolhimento no serviço de emergência da maternidade-escola, o episódio foi interpretado como um momento associado a sentimentos de medo e insegurança; a partir do depoimento de cada mulher, é possível distinguirmos três grupos de experiências maternas (difíceis) envolvendo a hospitalização pré-parto e o nascimento: a) as que permaneceram internadas antes do parto sentiram-se inseguras sobre o motivo do adiamento do mesmo; b) as que precisaram continuar internadas após o parto, além do processo de convalescença próprio ainda enfrentaram a difícil escolha de priorizar o repouso necessário à sua condição de saúde ou a ânsia em acolher o filho nos braços; c) aquelas que receberam alta pouco depois do nascimento de seu bebê sofreram pela incerteza dos momentos de ausência e os percursos diários extensos e demorados na “romaria” entre suas casas e a maternidade (havendo casos em que a primeira e a última situações foram vividas pela mesma mãe, em momentos distintos).

O trecho da primeira entrevista exemplifica, respectivamente, a primeira situação, enquanto as outras mães figuram bem as situações expostas nos itens b) e c):

“[...] aí diziam que tava tendo contração e eu ficava esperando de novo... era só esperar, esperar... eu ficava deitada até agüentar [risos], aí teve um dia que eu comecei a sentir a dor, aí: vixe é agora, aí pum...ficava pensando que ia morrer, porque não tinha nada, nenhum aparelho, só tinha eu... ai, passa tanta coisa na cabeça, mas foi normal” Mãe 4

“[...] Porque todo dia, todo dia ele [o pai] ia ver a menina e elas [as enfermeiras] perguntavam por mim, e eu fazia questão que ele fosse todo dia pra ele me dar

informação da X [nome da filha] e foi ele que me levou na cadeira de rodas [a voz parece cortar] pra eu entrar lá dentro [da UTIN]...” Mãe 8

“Ave Maria, eu chorava todos os dias. Que eu vim pra casa no mesmo dia, que eu recebi alta no mesmo dia e ela ficou lá, entendeu? Ela recebeu alta com três meses... E aí todos os dias eu tinha que voltar, eu e meu marido, todo dia, ele ia comigo pra dirigir.” Mãe 7

Discorrendo sobre a humanização da assistência em maternidades cariocas, Deslandes (2005) pontua que o ‘acolhimento’, caracterizado pela escuta aberta e atenta às necessidades da gestante (ou da mãe) e da família do bebê deve ser adotado por todos os profissionais, desde a recepção do hospital.

4.2.2.2 O primeiro encontro

O momento mais emocionante das descrições foi sempre o relato do primeiro encontro com o filho na incubadora; mesmo tendo sido apresentadas a seus bebês no momento do parto (vale ressaltar que algumas mães não o foram), as mulheres de nossa pesquisa só conseguiram vivenciar realmente a chegada dessa criança durante a primeira visita à UTIN:

“Eu tive de madrugada eles, aí me levaram pra enfermaria, eu merendei e fui lá pra UTI, tavam na UTI, fui logo lá olhar eles, e quando eu vi... ai, eram tão pequeninim, eu pensei que nem iam sobreviver [a mãe chora um pouco até recuperar a voz e continuar]... eles eram muito pequenininho. De baixo peso... aí aqueles aparelho neles assim... eu pensei que eles iam morrer [chora ainda mais forte]... graças a Deus, tão aí! Mas foi muito ruim ver os aparelho neles...” Mãe 4

“Quando eu vi tão pequenininho, tão vermelhinho. Você olha assim: meu Deus do céu, tão pequenos, aí depois eu fui ver eles no berçário e não acreditei, tão pequenininhos, aquele sofrimento todo [...] E eles tavam respirando com ajuda do oxigênio, na incubadorazinha, cheio de fio, o oxímetro lá...aquilo ali quando dispara você pensa que tá morrendo. Ai, é horrível! Mas eu tive coragem, sabe, eu entrei, peguei... todas as vezes que eu ia eu pegava, tocava neles, conversava... Que o povo sempre falava que era bom tá conversando que eles sentia a presença da gente.” Mãe 5

Encontro, segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2008), é o ato ou efeito de encontrar, a casual posição face a face com uma pessoa ou coisa; em nossa experiência, o encontro face a face na UTIN significou para as mulheres entrevistadas a sensação da maternidade real e a possibilidade de reconhecer as fragilidades do filho recém-nascido, sendo que “as imagens entre a criança imaginada e a real são tão diferentes que, às vezes, na ocasião da primeira visita o filho traz emoções e surpresas inesperadas” (BRAGA, MACHADO e

BOSI, 2008, p. 296).

Investigando a percepção materna durante a primeira visita a seu filho internado na UTIN, Gurgel e Rolim (2005) indicam também que a rápida separação entre a díade ainda na sala de parto cria uma miscelânea de sentimentos, angústia e dúvidas maternas quanto à sobrevivência do bebê e salientam a importância da permanência desta mãe na UTIN para a recuperação do bebê e de sua integração ao seio familiar.

Percebemos que a presença de aparelhos e o ambiente hospitalar, na experiência de todas as entrevistadas, aumentaram a angústia da perda possível, o que foi exacerbado, também, pela ocorrência de óbitos com os bebês de outras mulheres, além das alterações do quadro clínico que as crianças apresentavam. De maneira semelhante, Braga, Machado e Bosi (2008) ressaltam que o ambiente frio e impessoal da UTIN potencializa a insegurança materna, especialmente na ocasião da primeira visita quando as mães não estão habituadas às suas normas e rotinas e quando os procedimentos com o bebê produzem profundo impacto. O trecho a seguir denota o choque emocional causado pela morte de outra criança:

“[...] teve uma [outra paciente da maternidade] que tava lá comigo que até o nenêzinho dela morreu, entendeu?... Aí foi chato, aquilo... Mas eu num tava na hora não que o nenê morreu, eu fiquei sabendo depois, aí a menina [mãe da outra criança] chorava, ficava... Deus me livre de ter passado por aquilo ali... Na hora que ela chegava perto de mim, eu corria pra ver meu filho! Pra ver como ele tava... Eu rezava muito...direto...pedia pra ele ficar bom, ter saúde logo e pegar outro quilo... e deu certo!” Mãe 10

Diante da imagem tão delicada e tão guerreira do filho recém-nascido, imersa em um ambiente até então desconhecido e improvável, sentimentos divergentes encontram-se e confundem-se: a cor avermelhada, o baixo peso, os tubos, fios e aparelhos ligados ao corpo do bebê, o ambiente inteiro da UTIN amedronta e aflige o coração materno que - teimoso - luta para vencer o medo de uma perda iminente. Sales *et al* (2006), discorrendo sobre a separação causada pela fragilidade do bebê, bem como a possibilidade da morte iminente, interpretaram os sentimentos maternos como uma espécie de estado de luto em que as mulheres parecem perder parte do próprio corpo. Em meio à angústia na fala das nossas entrevistadas, evidenciou-se a preocupação com a fragilidade do filho:

“[...] aí sexta-feira [...] na volta [do registro do filho] foi que a gente foi ver ele, aí nós chegamo lá ele tava todo... chei de aparelhim em cima dele... bem pequeninim, todo encubadim, aí ela [a enfermeira] disse que... era estável, que ele estava estável... aí foi... Aí eu começava a chorar, aí quando eu voltava pro quarto era só... imaginação. Se ele ia sobreviver, como era que ia ser... Aí veio a psicóloga, falou comigo, aí eu disse como tava, e ela: mas não fique triste não, que lá dentro ele tá como se fosse na sua barriga... aí, pronto, aí todo dia eu ia [...] mas só coloquei a

mão dentro da incubadora na segunda-feira, parece...antes eu só olhava!” Mãe 9

Como na pesquisa de Braga, Machado e Bosi (2008), percebemos que, para as mães de nosso estudo, o apoio dos profissionais de saúde foi determinante diante da possibilidade do enfrentamento do medo e estabelecimento do contato precoce entre mãe e filho nascido prematuramente, especialmente nos primeiros encontros da díade.

Contudo, é importante destacar aqui que, discorrendo sobre o apoio profissional, há autores enfatizando a existência do uso de linguagem técnica e informações insuficientes que prejudicam a compreensão e interação entre mães-bebê (Souza *et al*, 2007), ao passo que Gurgel e Rolim (2005) reconhecem que somente com a adoção de uma práxis orientada pela visão existencial-fenomenológica-humanística poder-se-á oportunizar o crescimento científico e profissional das equipes e favorecer a permanência da mãe na UTIN.

4.2.2.3 Interação mãe-bebê

A prematuridade pode dificultar a capacidade de interação pais-bebê, suscitando, entre outros, sentimentos de infelicidade, angústia, medo e depressão (ZAGONEL *et al*, 2003). A tradição cultural, associada ao instinto materno de cuidar, torna esta interação ainda mais fragilizada na perspectiva da mulher que acaba de dar à luz prematuramente e, nesse ínterim, diversos autores têm enfatizado a importância da interação mãe-bebê, dedicando-se à investigação dos procedimentos necessários ao aprimoramento da qualidade dessa relação (ANDRADE e GUEDES, 2005; BARNES e ADAMSOM-MACEDO, 2007; COUTO, 2009; FEGRAN, HELSETH e FAGERMOEN, 2007; LAMEGO, DESLANDES e MOREIRA, 2005).

Na nossa experiência em campo, o turbilhão de sentimentos, especialmente o medo de ferir ou prejudicar aquele pequeno ser tão frágil, fez com que muitas mães evitassem o contato físico no primeiro encontro e só o fizessem depois das orientações dos profissionais de saúde sobre a importância do toque materno para o desenvolvimento do bebê e, além disso, depois que a criança ganhasse peso:

“[...] no meu trabalho eu num faço esforço, aí eu fui trabalhar pra poder quando ela recebesse alta eu tirar minha licença, aí eu ia à noite, e ficava lá, só olhando, que eu tinha medo de pegar [um riso desconcertado] que era muito pequena... Mas depois eu fui perdendo o medo. Elas [as enfermeiras] falavam: tem que pegar, num sei o quê... pra ela sentir sua presença e gostar quando a mãe pega e tarará, tarará, aí eu fui perdendo o medo e fui passando a começar a pegar no dedo; depois, que era muito pequena, num é? Aí faz muito medo de pegar...” Mãe 7

“[...] eu nem mexia, nem abria não, ficava com medo de abrir aquilo... aí elas [as enfermeiras] diziam: pode abrir, tocar... e eu dizia: não, vou ficar só olhando mesmo...aí com o tempo foi que eu fui me acostumando, aí quando eu ia, eu abria os vidro; quando eu vi que ela foi pegando peso, assim, mas quando ela fez foi abaixar... quase setecentos gramas, aí eu via aquela coisa e dizia: não, não vou pegar não! Ficava com medo de pegar infecção, que pegou um bocado de infecção lá dentro... Ela passou foi três mês internada... E eu passei três mês indo...” Mãe 1

Sobre este tema, Melnyk *et al* (2008), avaliando os efeitos de um programa de intervenção comportamental-educacional, observaram que a capacidade de interação das mães com seus bebês é influenciada pelo conhecimento - sobre as melhores formas de cuidar - que estas mulheres adquirem durante a internação dos filhos, sendo que a apropriação do papel de cuidadora depende diretamente das informações recebidas (havendo necessidade de encorajamento à participação materna no cuidado). Durante nossas visitas domiciliares as mães que relataram maior facilidade no manejo inicial com seus bebês foram justamente as que se sentiram mais preparadas para isso, quer fosse em decorrência da orientação profissional ou por experiência anterior no cuidado com outras crianças.

Este contato inicial e o apego que ele gera é extremamente importante, sendo que, como nos lembra Scochi *et al* (2003), a proximidade física e psicológica entre mãe-bebê é um dos atributos necessários ao desenvolvimento do sentimento de apego e posterior cuidado materno, ao passo que a maior interação mãe-filho acelera a recuperação do RN, diminuindo assim o tempo de internação (Souza *et al*, 2007). Em contrapartida, inúmeros estudos têm abordado o impacto causado pelos sintomas de ansiedade e/ou depressão na relação materna com o bebê recém-nascido, bem como as estratégias de manejo clínico destas mulheres e as melhores alternativas no cuidado da tríade mãe-bebê-família para a superação dos obstáculos advindos, ressaltando que a manutenção dos sinais de ansiedade e depressão podem comprometer severamente a evolução da criança (CORREIA, CARVALHO e LINHARES, 2008; CORREIA e LINHARES, 2007; FRAGA *et al*, 2008; MELNYK *et al*, 2008; SIMIONI e GEIB, 2008).

É válido salientar que, da mesma forma que gera anseios, a interação com o bebê também proporciona à mãe sentimentos de alegria e emoção, especialmente quando alguns procedimentos invasivos ou rotineiros da UTIN são suspensos ou quando a mãe segura seu filho no colo pela primeira vez (SOUZA *et al*, 2007):

“A moça lá [na UTIN] uma vez abriu a incubadora pra limpar, assim, pra ajeitar a cobertinha e pediu pra mim segurar ele e foi a primeira vez que eu segurei ele, toda sem jeito [um sorriso farto], ele tão pequenininho, sabe, com medo de derrubar, sabe [mais risos]; ele tinha só uns dez dias, eu acho, foi muita emoção, aff, acho que só

igual ao primeiro dia em que eu vi ele, que eu olhei ele cheio de aparelho, que caiu a ficha de: ai, eu sou mãe, ele é meu...” Mãe 3

Entre as mulheres por nós entrevistadas, mesmo com todas as dificuldades (da interação e da adoção de seu papel como provedora dos cuidados com o filho), a maternagem sempre prevaleceu - sentimento de pertencimento, da certeza de que diante de si, apesar da imensa fragilidade, encontrava-se uma extensão de seu próprio ser:

“É que depois que eu tive ele eu fiquei internada vários dias, sabe, sozinha, porque minha mãe não podia ficar lá não, aí eu passei uns nove dia lá e nem lembro mais quando foi que eu fui ver ele... que as pessoas perguntavam se eu queria, mas [...] quando eu fui, aí que ele pegou e olhou pra mim, aí eu senti que era mãe, passa muita coisa na cabeça, como é que pode ser tão pequeno...” Mãe 11

A maternagem pode ser entendida como sinônimo de maternação, que é o processo de criação dos vínculos afetivos entre pais e filhos (ARRUDA e MARCON, 2007), mas tem sido utilizada por diversos autores para caracterizar os cuidados de higiene, saúde e alimentação que a mãe oferece ao filho durante sua internação na UTIN e após a alta hospitalar (FRAGA *et al*, 2008; GAÍVA e SCOCHI, 2005; GUIMARÃES e MONTICELLI, 2007; LAMEGO, DESLANDES e MOREIRA, 2005). Vale ressaltar, entretanto, que esses mesmos autores enfatizam a necessidade de apoio profissional e orientações adequadas para que esta maternagem seja exercida em plenitude e favoreça a formação do vínculo/apego mãe-bebê-família.

Entre os depoimentos, a possibilidade de alimentar a criança pela sonda - com seu próprio leite ou de uma doadora - estabeleceu-se como a atividade mais prazerosa para as mães. Era o momento de maior interação durante a internação dos bebês na UTIN e uma das poucas atividades que mãe e filho faziam juntos. Àquelas que realizavam a ordenha cabia, além da possibilidade de segurar a seringa, a tarefa de ir e vir continuamente do chamado “lactário” ou sala de amamentação, carregando consigo o precioso leite materno.

“Aí eu cheguei, ela tava no lado esquerdo... eu fiquei procurando pelo nome, porque fica o nome, mas no lugar de procurar pelo nome dela eu tava procurando pelo meu [risos] na parte de baixo, porque em cima bota o nome, mas eu tava assim [faz o movimento dos olhos procurando na parte de baixo]... mas quando eu a vi, eu fiquei olhando e a bixinha tava lá toda enroladinha, só a cabecinha com a sondazinha, aí eu fiquei olhando e tudo, aí a menina disse assim: você quer segurar a seringa? Ela tava botando o leite na seringa e eu fiquei... segurando...” Mãe 8

“[...] a enfermeira disse que podia pegar neles por causa do calor da mãe, aí eu tocava mas não mexia muito não, mas todo dia eu ia pra dar a comidinha deles, porque eu tive eles na sexta aí no sábado me deram alta pra eu ir pra casa, mas todo dia eu ia, todo dia... Eu pegava o ônibus que você pegou [duas ruas acima da que ela

mora] e descia lá na avenida João Pessoa e ia caminhando. Todo dia eu saía cedinho, uma sete e meia e passava o dia lá, o dia todim; às vezes a mãe ia me deixar, no começo quando eu tava cansada, assim muito inchada, aí ela ia comigo no ônibus.”
Mãe 4

4.2.3 Cuidados durante a internação

A palavra *cuidado* traz consigo, sempre, a idéia de preocupação com alguém, com algo - suas necessidades, inquietações, etc. O desvelo, a atenção dispensados a essa pessoa são traduzidos na preocupação com ela, pois quem cuida, sente-se responsável pelo outro. Assim, cuidar é mais que um ato, é uma atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo (BOFF, 2001, p. 199).

“[...] só que aí ele pegou uma infecção e foi pro tubo, aí no tubo ele demorou muito, ele ficou mais de dois meses no tubo, foi muito tempo no tubo... Era difícil, era horrível até pra tocar... Teve dias de eu chegar lá, meu Deus, e ver ele respirando, assim, com muita dificuldade, ele segurava na minha mão, ele apertava a minha mão, aí era que eu sofria mesmo porque eu achava assim, ai meu Deus, ele tá sofrendo demais, e realmente ele tava todo amarrado assim, porque não podia arrancar e ele já tinha arrancado uma vez, ele já tinha tirado, e aí era o tubo assim amarrado lá em cima da cabeça dele [...]” Mãe 6

Em nosso estudo, o período da internação variou muito entre cada bebê e até mesmo entre gêmeos, dependendo das intercorrências de cada quadro clínico e em íntima associação às condições clínicas apresentadas pelo bebê no momento do nascimento. Pesquisas com prematuros têm indicado esta alta variação no tempo em que cada criança permanece na UTIN apontando, inclusive, a associação entre um maior período de internação e sentimentos maternos negativos, além de discussões acerca do impacto que a forma de administração da dieta - copo ou sonda - exerce na duração da internação do bebê (PEDRAS, PINTO e MEZZACAPPA, 2008; PINTO, PADOVANI e LINHARES, 2009).

Dentro desse contexto da internação de risco, há serviços que, na busca pela humanização do atendimento, permitem a visita de avós e outros parentes ao bebê internado na terapia intensiva, mesmo que essas visitas tenham horários pré-determinados (GAÍVA e SCOCHI, 2005; SCOCHI *et al*, 2003); contudo, na maternidade-escola Assis Chateaubriand, pais e mães são os únicos familiares liberados para visitar e acompanhar o tratamento do bebê prematuro extremo. Sem ter por objetivo criticar a rotina de trabalho adotada pela maternidade retratamos, aqui, a realidade vivenciada pelas mães de nosso estudo que, por instinto ou necessidade (já que os pais não têm direito à licença maternidade prolongada), tiveram de acompanhar sozinhas, na maior parte das vezes, todo o itinerário do filho

premature dentro da maternidade, suas recaídas, o vai-e-vem pelas enfermarias, a mudança de procedimentos, o ganho ou a perda de peso.

Assim, essas mães mantiveram laços mais estreitos com a equipe de profissionais que assistia seus filhos e, buscando participar mais do estado e recuperação de seus bebês, passaram a tentar decifrar os prontuários médicos dos mesmos, à medida que pareciam identificar, em seu imaginário, o limiar entre a vida e a morte (ARRUDA e MARCON, 2007):

“[...] eu aprendi logo a olhar o prontuário dele, aprendi sozinha [sorriso orgulhoso] e eu via também as enfermeiras olhando aí eu pegava e ia olhar também, e já entendia!” Mãe 11

Durante este longo período, o vivenciar materno dos cuidados com o bebê internado pode ser compreendido a partir de cinco olhares distintos: a) através da interação estabelecida entre mães e profissionais da saúde; b) na orientação recebida ou observada sobre o cuidado diário de higiene dos bebês e na experiência com o método empregado na enfermaria Canguru – para aquelas que por lá passaram; c) nos desafios impostos ao deslocamento diário entre a maternidade e a residência familiar – especialmente porque quase todas as mulheres entrevistadas residem em áreas suburbanas e não possuem meio de transporte; ou d) no contexto da alta hospitalar e seu significado para cada mãe.

4.2.3.1 Interação mãe-profissionais

A primeira impressão da mãe diante de um bebê extremamente pequeno, indefeso e cheio de aparelhos fixados a seu corpo é a de incapacidade - de tocar, de cuidar, de alimentar. O estímulo e apoio dos profissionais de saúde foram imprescindíveis neste momento e determinaram, para grande parte das mães, o tempo de espera necessário até que o encontro com o bebê fosse algo além do contato visual.

“[...] antes eu só olhava! Aí tinha uma doutora lá, num sei qual o nome dela, aí eu começava a chorar, e ela dizia: mãe, pode pegar nele! Aí eu lavava minhas mão e botava a mão assim em cima dele, mas já tinham dito que podia pegar antes, mas eu tinha medo, sei lá [risos]... só tive coragem mesmo na segunda-feira, quando a doutora disse!” Mãe 9

Molina *et al* (2009), investigando a percepção da família sobre sua presença em uma UTIN, perceberam que os pais valorizam a tecnologia e a dedicação dos profissionais, mas salientaram que, na relação interpessoal, as atitudes de respeito e consideração são

julgadas indispensáveis. Entretanto, é importante ressaltar que há casos em que “os profissionais adotam um apoio formal, com informações insuficientes e uso de linguagem técnica que favorecem a construção de uma realidade distorcida” (SOUZA *et al*, 2007, p. 708) e que, para alguns autores, não existe uma relação de parceria entre as equipes e a família do prematuro ao passo que, com intervenções adequadas, esta mesma família tornar-se-ia autônoma na promoção da saúde e da qualidade de vida do bebê nascido prematuramente (GAÍVA e SCOCHI, 2005).

Em nossa experiência, a qualidade da interação com a equipe esteve associada à personalidade da mãe e de sua coragem e interesse em questionar, configurando-se em ajuda mútua, esclarecimento e acolhimento, sendo que, em alguns casos, ocorreram certa antipatia e resistência maternas, levando a mãe a examinar a conduta dos profissionais e tentar reproduzi-la a seu modo. Em todos os relatos, entretanto, as mães salientaram a sobrecarga de trabalho à qual a equipe de funcionários da maternidade é submetida, devido ao excesso de bebês internados, associando-a às falhas no atendimento.

Em sua investigação sobre a atuação da enfermeira na UTIN, Rolim (2006) identificou que, além das atribuições diárias pelo acúmulo de tarefas técnicas, a prática das enfermeiras, por exemplo, é influenciada também pelos anseios, dúvidas, conflitos, insatisfações e esperanças quanto à mudança de paradigma do próprio trabalho. A mesma autora evidencia que, para desenvolver suas atividades de maneira satisfatória, estas profissionais precisam construir conhecimentos sobre si mesmas e melhores condições de trabalho e diálogo.

A primeira fala, a seguir, reflete a boa relação entre mãe e profissionais, enquanto o segundo excerto nos demonstra um exemplo de antipatia e resistência que impediram uma maior interação das mães com os profissionais do serviço:

“A médica, com certeza, também foi essencial, porque ela examina, e a doutora X [pediatra] é uma ótima doutora porque o que a gente, o que ela falava era a língua da gente, porque tem médico que fala uma coisa você num sabe nem o que é... E ela não, ela falava o que a gente entendia e o que a gente não entendesse, a gente perguntava a ela e ela explicava: é assim, assim, assim, ela dava toda atenção pra criança e o que ela achava que era melhor, ela fazia! A Y também... A Y [enfermeira], Ave Maria, aquela criatura num existe não! Se ela puder, ela é mãe de todas as mães e mãe de todas as crianças; ela é essencial ali.” Mãe 7

“[...] ela dizia assim: se você quiser dar, viu? Aí eu: pois deixe eu dar; assim... ela num ensinava nada não... só tinha umas lá que a gente chegava e pedia informação, elas achava era ruim... Eu tinha era medo de falar... Chegava e ficava só olhando pra ela [a filha] mesmo... Porque tinha umas [auxiliares de enfermagem] que dizia assim: ah, sei não, pergunte isso a doutora! Dizia era assim...[...] Eu já era quase uma doutora, assim, já sabia o que ia olhar, olhava os medicamento que ela tava

tomando, quantos dia, assim pra terminar, olhava as coisa tudim, e só perguntava alguma coisa se eu visse, assim, alguma coisa que eu num sabia, aí eu ia e perguntava...” Mãe 1

Caprara (2003, p. 924) nos lembra que cada encontro com o paciente tem uma dimensão técnica, mas também experiencial e ética, enquanto Iriart (2003) salienta a importância de os profissionais de saúde conhecerem com mais afinco o contexto sociocultural em que seus pacientes estão inseridos, ficando mais atentos às maneiras como diferenças na linguagem, representações e códigos de leitura do corpo interferem e se refletem no encontro terapêutico, desenvolvendo maior sensibilidade na sua atuação profissional e melhorando a qualidade deste encontro e das ações educativas em saúde.

Em relação à dinâmica de comunicação estabelecida entre profissionais e mães houve dois quadros recorrentes nas entrevistas: primeiramente, as falas indicaram a importância das orientações recebidas no primeiro encontro com o filho internado na UTIN e, posteriormente, a interação mãe-profissionais formada no dia-a-dia do cuidado hospitalar. Observando a descrição das orientações recebidas no primeiro encontro com o filho - como veremos, abaixo, no primeiro depoimento de uma das mães - percebemos que durante o estágio de extrema insegurança, foi sempre a voz do profissional que orientou e assegurou a possibilidade e a maneira de interagir e cuidar do bebê, enquanto que, no decorrer do período de internação, além das orientações da equipe de saúde, uma rede de amizades foi sendo formada entre as mães e serviu de apoio emocional e técnico - conforme observamos nos depoimentos:

“[...] mas mesmo, assim, eu tinha lavado a mão, mas mesmo assim ficava com medo dele ficar pior, mas aí a doutora falava: mãe cê não vai pegar no seu filho não? Aí eu: eu vou doutora, mas [riso]... mas eu tô esperando chegar amanhã... E por que não hoje? Porque hoje ele tá muito ruimzinho, amanhã ele vai tá melhor, se Deus quiser... Aí ela: mas tu tá com medo? Tu não lavou a mão? Lavei...mas se tiver alguma coisa doutora? Aí ela olhou assim: Pega no seu filho, mãe! Aí eu ia e pegava, mas eu ficava com medo, né bebê? [falando com o filho no braço]; e ele bem pequenininho...” Mãe 6

“[...] Uma conta pra outra... É aquele negócio, você chegou na enfermaria, aí já fica: qual é o teu caso? Nasceu? É um menino ou uma menina? Tá grávida? Vai ser um menino ou vai ser uma menina?... Aí, fica assim: ai, eu já passei por isso! Aí a outra: ai, faz assim! Sabe?” Mãe 8

Segundo Simioni e Geib (2008), as puérperas necessitam de apoio social para adaptarem-se à nova dinâmica familiar, sendo os amigos parte importante deste suporte, ao passo que para Vasconcelos, Leite e Scochi (2006) esse apoio social – seja ele formal e/ou informal - desenvolvido durante a permanência das mães no hospital é um espaço privilegiado

ao estabelecimento de novas amizades, troca de experiências, apoio e acolhimento mútuo. Couto (2009) enfatiza, também, que o apoio profissional e as orientações oferecidas à mãe durante o período de internação facilitam a relação entre a família e o bebê após a alta, no domicílio.

Além das novas amizades formadas, comumente, entre as mulheres por nós entrevistadas, a mãe de um bebê internado por um longo período deixou a maternidade com a sensação de grandes lições aprendidas, ‘intitulando-se’ uma ‘quase-enfermeira’ em decorrência das técnicas que lhe foram repassadas sobre o cuidado e a situação clínica de seu filho, ou que a mesma interpretou/reproduziu a partir de sua observação contínua:

“A gente diz que a gente sai de lá técnica em enfermagem porque a gente aprende muita coisa [...] e com a convivência lá, em UTI, Canguru, tudo; eu já falo parenteral, num sei o quê, e já sabe quantos dias é, e quando toma antibiótico é tantos dias e se num melhorar é tantos dias de outro medicamento e num sei o quê, num sei o quê, aí vai aprendendo...” Mãe 3

A interação materna com os profissionais ocorreu de diversas maneiras e em momentos variados, desde a chegada da gestante ao serviço de emergência até as consultas de seguimento do bebê após a alta. Em todos esses encontros interpessoais a qualidade da relação que se formou determinou a significação dada às orientações recebidas, bem como a interpretação a respeito do apoio dispensado havendo, na maior parte das vezes, uma profunda gratidão em relação a todos os profissionais do serviço, embora alguns relatos transmitam insatisfação com a equipe.

“[...] Com certeza, todos os que me ajudaram desde que elas nasceram, foi todo mundo muito importante... Desde o povo que trabalha lá na maternidade, todo mundo, porque a gente fica muito fraca, sabe, muito sofrida, porque, sei lá, é muito difícil você ver um filho cheio de furada, cheio de aparelho, de...não, é complicado... Era um momento meu que eu ficava só calada, sabe, mas se eu chamasse alguém, uma das meninas, elas tavam lá pra dizer qualquer coisa que eu perguntasse, aí elas diziam: não, ela vai ficar boa, ela vai sair daqui, num sei o quê...” Mãe 7

“[...] lá eu não tenho o que me reclamar, assim, da 3A, as enfermeiras um amor de pessoa, todas eram ótima, viu, os médicos também, só na 2 assim, que como teve que os menino, tem uns que as mãe lá pegam pra tá amamentando, tem uns que é um pouquinho mais enjoada, mas... é normal! Agora na 3A eu amei as enfermeira, num tenho nada que me queixar, são ótimas, lá da maternidade também, o atendimento comigo, com as crianças... Foi fácil voltar com eles pras consultas...” Mãe 5

“Mesmo as que num tinha outros filho, ninguém dizia nada lá não... Se dizia, eu nunca via. Mas enquanto elas tavam assim, do meu lado, eu nunca via ninguém ensinando nada a elas não... Aí agora, quando a gente se encontra lá no follow-up elas diz que tem gente que ensina a cuidar... as tia, as mãe, ajuda... mas lá dentro elas disseram que ninguém diz nada não, só disseram: vai receber alta, aí leva as criança e diz aquilo que eu falei, do leite, coisa assim, e vai pra casa... Porque no dia

também que ela recebeu alta bem uns três lá receberam, as mãe pegaram e elas disse a mesma coisa que disseram pra mim...” Mãe 1

A relação e o tipo de comunicação existente entre profissionais de saúde e familiares de bebês prematuros extremos tem sido tema de acalorados debates no cenário da pesquisa em saúde. Além das dificuldades próprias de uma interação que envolve poderes culturalmente instituídos, os estudos apontam que, afora a capacidade técnica, os profissionais precisam desenvolver habilidades de relacionamento humano para compreender as necessidades da família, bem como proporcionar maior participação no cuidado do bebê internado (SALES *et al*, 2006; SERRUYA, CECATTI e LAGO, 2004; SERRUYA, LAGO e CECATTI, 2004a; TRONCHIN e TSUNECHIRO, 2006; ZAGONEL *et al*, 2003). É importante ressaltar que a relação entre mães e profissionais se estreitou também antes do nascimento da criança:

“[...] a parte que eu menos me senti só foi quando o anestesista me falou que tudo que eu precisasse eu podia chamar que ele conversava comigo; aí ele ficou o tempo todinho aqui atrás conversando comigo, conversando, conversando, conversando... na hora foi a mão amiga, falou tudo, me orientou” Mãe 3

“[...] quando eu tava no corredor, que eu não tinha entrado ainda na sala, que eu vi que aquela médica que eu conhecia tava ali! Me passou uma segurança ter uma conhecida! Não é uma amiga íntima, não era uma... mas era uma que acompanhou o procedimento quando eu entrei na maternidade-escola!” Mãe 8

Durante as entrevistas, fato que nos causou surpresa foi perceber que, apesar da orientação médica ter sido seguida à risca por algumas mães, muitas das conversas revelavam fragilidades na comunicação entre estas e médicos durante o seguimento da criança após a alta hospitalar.

Apesar de exporem a necessidade da manutenção da amamentação e de proibirem o uso de mingaus, chás, leites e farináceos inadequados aos bebês, os médicos não conseguiram impedir a recorrência da utilização dos mesmos na alimentação dos bebês (as mães seguiam a opinião dos familiares em detrimento à argumentação do profissional), nem tampouco a omissão dessa informação materna durante as consultas. Entendemos que estas omissões tinham como objetivo evitar maiores constrangimentos diante do profissional traduzindo, ainda, a distância existente na relação entre estes atores, como nos revelam as entrevistas:

“Perguntou ... se ela ficava olhando assim... [ela revira os olhos para imitar o gesto da médica]. Aí eu disse que sim, e que fiquei muito feliz porque ela tava pegando o peito... Aí ela disse que eu tentasse pra ver se ela conseguia mais lá pra frente a

bichinha, mas aí eu perguntei se eu podia dar outro leite e ela disse que não, podia não, tinha que dar só a mama que ela ainda tá muito novinha pra poder dar o leite [...] tem que dar [de mamar] até quando a doutora disser que eu posso dar o leite [referindo-se ao leite artificial]” Mãe 2

“[...] eu não perguntei [sobre mudança no horário das consultas] pra doutora não [risos], perguntei não [mais risos]... Porque assim, sempre quando eu vou, eu digo assim: vou lá perguntar uma coisa e quando eu chego lá eu me esqueço [risos]; já me disseram até pra anotar, mas eu sempre me esqueço [risos] [...] Mas teve um dia que eu perguntei e eles podiam tomar um chazim, um mingauzim, mas ela disse: não, só o Nan, só o Nan, aí, eu... [faz um olhar distante]. Mas minha mãe disse que dava pra mudar, e eu mudei, ela mudou [a avó cuida das crianças enquanto a mãe trabalha fora], eu nem pergunto a outra pessoa, nem às vizinhas, só a ela, eu não acredito nas vizinhas não, só na mãe, sempre que eu tenho qualquer dúvida, porque ela tem experiência e eu tô trabalhando.” Mãe 4

“Ela [a médica] perguntou [sobre a alimentação do bebê], sempre pergunta, e eu disse que ele tava mamando e que tava... tava tumando mingau! E ela disse que num podia dar não, só depois que o menino tivesse cum seis mês... E eu pensei: ah, agora é tarde, o menino já se acostumou! [risos] Mas eu fiquei calada, que num sô nem doida [risos] [...] Teve consulta sim, mas num falei não, só tirei e pronto [uma das medicações do bebê]... E depois ele num teve mais nada, nem da respiração... ficou tudo normal!” Mãe 10

As falas revelaram dois problemas recorrentes e extremamente preocupantes: por um lado, a comunicação existente entre as mães por nós entrevistadas e a equipe de saúde está distante daquela preconizada pelos princípios de humanização do serviço; por outro, o uso de mingaus, sabidamente prejudiciais à saúde do bebê prematuro, continua sendo prática comum, determinada pela influência familiar sobre as decisões maternas no cuidado com o bebê.

Mais uma vez, como nos sugere Caprara (2007), torna-se evidente a necessidade que o médico tem de intervir em contextos culturais diversos, carecendo desenvolver estratégias de inserção nestas mesmas culturas, especialmente a capacidade da escuta atenta, da compreensão e da comunicação, também descritos por Sales *et al* (2006), para que, além da relação de respeito frente ao conhecimento técnico acumulado, as mães possam manter com estes profissionais relações de cooperação mútua e amizade.

Com relação ao tema da alimentação de recém-nascidos, existem trabalhos apontando a introdução de alimentos em idades inoportunas como comprometedores da amamentação exclusiva, assim como a influência das avós sobre a manutenção ou interrupção desta amamentação e na propagação da crença popular do ‘leite fraco’ (SEGALL-CORRÊA e MARÍN-LEÓN, 2008), ao passo que “existe a necessidade da realização de estudos [...] para se comparar a utilização dos métodos de transição da alimentação em recém-nascidos pré-termo” (AQUINO e OSÓRIO, 2008, p. 15).

4.2.3.2 Higiene do bebê e enfermaria Canguru

O cuidado com a higiene do bebê durante o período de internação mostrou-se um grande desafio às mães de nosso estudo, especialmente porque o ambiente da UTIN e a fragilidade da criança impediam que essas mulheres sentissem segurança ao manusear seus filhos:

“Mas quando eu tava lá [na UTIN], se tava na hora da dieta, eu dava o leitinho dela, eu vi uma vez ela tomando banho lá, mas já tava grande, tava com uns dois meses, aí eu vi a moça dando banho nela, mas sempre mesmo eu ficava só lá olhando, alisando, e às vezes, eu segurava ela, quando ela tava um pouquinho maior, cum mais de um quilo, aí eu segurava ela... uma alegria enorme, pense, Ave Maria” Mãe 7

[...] só depois que ela tava bem gordinhazinha assim foi que eu fiz as coisas nela, de trocar fralda, essas coisa, quando ela já tava no berçário, nem era mais na UTI não... Quando ela tava na UTI, dentro da incubadora, eu não fiz nenhuma vez não, tinha que puxar aquelas coisinha e eu num sabia... Mas lá no berçário, ficava naqueles bercim, assim, fora, aí eu trocava ela, sem ninguém nem mandar não, se eu chegasse e ela tivesse sujinha, eu já trocava ela...” Mãe 1

Demonstrou-se extremamente importante, em nossas conversas, que essa dificuldade com as tarefas mais simples da higiene do bebê, especialmente o banho, consiga ser superada ainda no período de internação para que a mãe, após a alta, possa levar seu filho para casa sem preocupações adicionais além daquelas inerentes à medicação e alimentação do bebê; contudo, poucas mulheres conseguiram interagir bem com a equipe a respeito do manuseio e banho de seu filho e apenas uma das falas relata um aprendizado satisfatório sobre a higiene do bebê ainda na UTIN:

“Mas desde que eu vi a primeira vez eu já sentia que ele era meu, eu já comecei a tirar o leite, todo o tempo dele internado era já o meu leite que ele tomava, que davam na sonda, aí botavam [a dieta na sonda] e eu ficava segurando a seringuinha; eu trocava ele, que eu já sabia porque eu tinha cuidado de nenê, aí elas: mãe, quer trocar? Aí me ensinaram. E eu: não, eu já sei, algodãozinho com água, trocava a fraldinha... mas era morrendo de medo, que ele era bem molezinho, aí: ai, meu Pai, o menino vai já se quebrar! [risos] Aí elas: não, num tenha medo não, que se você ficar assim nervosa você passa pra ele! Aí ficava cum medo, aí me acalmava, aí pronto, trocava a fraldinha dele; aí as vez ela mandava eu enrolar e eu num sabia fazer aquele rolim, aí só botava ele assim, encostava ele dentro da incubadora, aí pronto! Na 3 [enfermaria] elas já me ensinaram, lá na 3, aí quando chegava na dois, aí pronto, toda vez que eu chegava lá aí eu perguntava se elas já tinham trocado, aí elas diziam: não, troquei não; pois eu vou trocar, aí toda vida eu trocava ele! Eu já cuidava mesmo, só num dei banho, mas elas me ensinaram; elas só mostraram, mas eu num tinha coragem de banhar ele não, mas elas banhavam ele... ali dentro da baciinha debaixo da torneira! [risos]” Mãe 9

Geralmente, os depoimentos maternos acerca do cuidado na internação apontavam

muito mais a experiência de observar o procedimento do que realizá-lo:

“Todo mundo falava: olha X [nome da mãe], vai porque é bom, tu aprende a cuidar, aprende a limpar, aprende, né? E foi muito ótimo! Se eu não tivesse passado treze dias no canguru eu num ia ter essa habilidade toda, sabe? [risos orgulhosos] Porque na UTI eu não fazia nada com ele... só alimentava... com a sonda, com a gaze, começava e tudo, e só isso, num tinha como tirar ele lá de dentro... A moça lá uma vez abriu a incubadora pra limpar, assim, pra ajeitar a cobertinha e pediu pra mim segurar ele e foi a primeira vez que eu segurei ele, toda sem jeito [mais um sorriso farto], ele tão pequenininho, sabe, com medo de derrubar, sabe [mais risos], ele tinha só uns dez dias, eu acho, foi muita emoção, aff...” Mãe 3

“[...] Que lá [na maternidade-escola] eu já trocava a fralda, segurava a sonda, só nunca dei banho, mas cheguei a ver, que eu tinha ido tirar leite, aí eu passei assim rápido e tavam dando banho nele, mas eu num fiquei assim, só olhando mesmo não, sabe? Eu passei rápido e vi ela pegando ele e ele chorando e ela dando banho nele. Ela tava ali na entrada da UTI, que tem uma piazinha, e ela tava banhando ele ali, na pia, e ele chorando, então eu já sabia que ele ia chorar pra tomar banho...” Mãe 11

Enquanto os depoimentos que transmitiam mais segurança em relação aos cuidados domiciliares com a higiene do bebê eram das mães que vivenciaram o aprendizado na enfermaria Canguru (primeiro excerto), encontramos algumas mães que reclamaram a impossibilidade de cuidar de seus filhos durante o período de internação porque as enfermeiras não as permitiam fazê-lo:

“[...] foi aí [no Canguru] que eu passei a dar banho, trocar fralda, acordar de noite, aquele processo todo da vida... Aprendi que quando a gente desse banho era preciso empacotar eles porque prematuro sente mais frio...” Mãe 5

“Eu peguei, cuidei do meu filho assim, queria cuidar, porque assim... poder ter cuidado dele melhor, porque lá no hospital, por exemplo, eu não cuidei do umbigo dele, as enfermeira, assim, num, num, sumiram com o umbigo, eu queria guardar de recordação, assim, essas coisas assim... Banho... Nunca dei lá no hospital porque só quem dava era a enfermeira. Então, quando ele chegou em casa, eu cuidava dele...” Mãe 6

De todos os bebês cujas mães participaram de nosso estudo, seis passaram pela metodologia de cuidados da enfermaria Canguru da maternidade-escola. Enquanto as demais mães assumiam um papel de observadoras do cuidado restringindo-se, muitas vezes, a segurar e/ou assegurar a dieta do bebê durante o período de internação, aquelas que vivenciaram o método Canguru foram imersas no mundo do cuidado materno completo/integral, tendo de assumir toda a responsabilidade com seu filho já no primeiro dia de internação na unidade e recebendo orientação adequada para isso:

“[...] lá na UTI eu só aprendi que podia tocar, tirar da incubadora, trocar fralda, que eu já sabia por causa da minha irmã mais nova, mas num teve muito ensinamento

não, sabe? Mas todos os ensinamentos mesmo eu aprendi lá no canguru, aprendi muita coisa assim, aprendi quando o nenê arrotava, quando ele engasgava, porque às vezes eles se engasgavam, aí eu aprendi, porque às vezes eu via uma criança se engasgar, aí a mãe vinha e elas dizia: vira aí; então é bom...você passar por lá, pelo canguru... Poder ver outras mães cuidando mesmo, tendo medo também, sentindo as mesmas dúvidas. Tira um pouco da insegurança. Aprendi até a empacotar os bixim assim todim, eu aprendi [riso], na hora do banho também... Mãe 4

“Lá [no canguru], no primeiro dia ela ensina, no primeiro dia que ele chega ela diz assim: olha, eu só vou dar banho nele essa vez! Eu vou lhe mostrar, vou lhe dizer tudim, amanhã você já faz! E o desespero? [risos] Mas aí foi... ela foi explicando, fica lá do lado da gente e vai dizendo: agora passe aqui, agora passe na cabeça, agora no bumbum, e aí molha...agora vai enxugar, agora vai vestir e aí vai...Aí foi, todo dia dando banho...lá é numa bacia, sabe? Aí até em casa eu adotei uma bacia também, ele toma banho de bacia [risos]... eu imitei tudo de lá” Mãe 3

“[...] Mas o canguru foi importante demais, sabe, Ave Maria, pra quem é marinheira de primeira viagem, ali foi ótimo! Se eu não tivesse passado lá... assim, eu não sabia dar banho! Trocar fralda até que... a mãe e a sogra falando dava pra desdobrar, mas banho? Remédio, medicação, essas coisa... Foi tudo lá! Foi uma experiência que valeu!” Mãe 5

Desenvolvido como uma resposta à falta de incubadoras e à separação da mãe e seu filho durante a evolução neonatal, o método Mãe-Canguru é considerado por Caetano (2004) e Mota, Sá e Frota (2005) como a oportunidade para a mãe de retornar ao papel de primeira provedora das necessidades físicas e emocionais de seu filho pequeno e prematuro, garantindo-lhe estímulos sensoriais e motores adequados. Nesta estratégia de atendimento, os bebês apresentam as melhores respostas sensório-motoras, comprovadas pela diminuição do estresse, aprimoramento da movimentação espontânea e do tônus muscular, entre outros (MOTA, SÁ e FROTA, 2005). Observa-se, também, o aumento da efetividade da amamentação e da formação do apego, a diminuição do tempo de internação e dos custos para a saúde pública (ALVES, SILVA e OLIVEIRA, 2007; ANDRADE e GUEDES, 2005; BRAGA, MACHADO e BOSI, 2008; SCOCHI *et al*, 2003; SILVA, 2008; VASCONCELOS, LEITE e SCOCHI, 2006).

A respeito do cuidado domiciliar com o bebê, as mulheres que experimentaram a rotina de cuidado da enfermagem Canguru foram as únicas a relatar orientações estruturadas e passíveis de replicação. De maneira semelhante, Eleutério *et al* (2008) e Rolim *et al* (2008), observando os sentimentos de mães que acompanharam seus bebês na mesma enfermagem Mãe-canguru da MEAC, concluíram que, para aquelas mulheres, o método Canguru representou uma oportunidade de aprendizagem quanto ao cuidado ao seu filho, possibilitando a aquisição de segurança no manuseio do bebê e o aumento do vínculo afetivo entre a díade.

Em nosso estudo, todas as mães que passaram pelo treinamento neste método

demonstraram maior segurança em relação ao cuidado diário com o bebê prematuro extremo, maior intimidade com os profissionais da equipe e maior compreensão das necessidades de seu bebê, de seu papel no aleitamento e da importância da experiência vivida durante a internação.

“[...] aí quando ela fez um quilo e seiscentos ela foi pra lá [pro Canguru]! Aí eu fui pra lá com ela, e fiquei direto, e aprendi todos os cuidados, tudo que eu teria de fazer quando eu chegasse em casa, tudo, tudo, eu aprendi lá, porque até quando ela tava só nas enfermarias eu num sabia de nada... E também ninguém nunca tinha dito nada e eu também nunca perguntava sobre isso.” Mãe 7

Estudos recentes têm indicado a importância do apoio e suporte profissionais para o sucesso do cuidado materno - orientações sobre higiene, saúde e/ou alimentação - ao passo que muitos deles apontam a efetividade do manejo prático frente às orientações verbais (GAÍVA e SCOCHI, 2005; LAWRENCE e LAWRENCE, 2005 *apud* BORDALO, 2008; LIMA e MELO, 2008; SANTORO Jr. e MARTINEZ, 2007 ; SERRA e SCOCHI, 2004 *apud* SILVA, 2008).

Neste mesmo caminho, a mulher que aprendeu a cuidar de seu bebê na enfermaria Canguru, além da segurança em assumir o papel de cuidadora do filho, fazia questão de expressar o quanto seria difícil o dia-a-dia em casa sem o aprendizado das orientações lá recebidas:

“Acho que eu não ia saber cuidar não, se num fosse lá. Assim... a minha mãe ia cuidar do jeito dela. Do jeito que ela aprendeu... que ela já cuidou de nove menino. Às vezes, eu até digo como é que faz lá [no canguru], mas, às vezes, ela faz do jeito dela mesmo. Eu confio mais nela. É claro... ela já tem experiência.” Mãe 4

“[...] Com certeza ele faz toda a diferença, o clima é outro, o jeito de tratar, de conversar, tudo é diferente, entende? Representa tudo que eu faço hoje com minha filha...” Mãe 7

“[...] depois que chegou em casa num teve não [nenhum momento muito difícil]... Mas se eu não tivesse passado pelo canguru, aí eu num tinha conseguido isso tudo não! A prática toda, sem tá desesperada, eu num tinha não [...] a gente tem o telefone das meninas de lá, da enfermeira do canguru, a responsável, da X [enfermeira], as meninas que ficam lá e pra qualquer dúvida, qualquer coisa, a gente ligar...” Mãe 3

Todavia, apesar dos benefícios que a experiência no Canguru parece proporcionar à díade mãe-bebê, há autores indicando que é preciso uma maior assistência às mães que passam pelo método, tendo em vista que suas necessidades físicas, emocionais ou sociais podem não ser atendidas (SILVA, 2008). Faz-se necessário enfatizar, aqui, que muitas das mães de nossa pesquisa não conheciam adequadamente a rotina de tratamento adotada no

método ou não puderam usufruir dos serviços lá ofertados devido à lotação da mesma, como nos mostra o relato das mães:

“[...] e elas até tinham convidado eu pra ir pro canguru, mas só que não deu certo porque tinha outra menina precisando mais do que eu, entendeu? Mas se tivesse vaga eu teria ido na hora, ôxe, porque elas dizia que se ele tivesse entrado no canguru ele tinha saído mais rápido, tinha ganhado peso mais rápido, entendeu?”
Mãe 10

“[...] Lá no canguru ensina a cuidar mesmo? Na verdade, quando eu tava internada muita gente perguntava, as enfermeira perguntava [...] Falaram [a respeito da possibilidade de internação no Canguru], mas eu num quis... ele tava melhorando. Achei melhor vir pra casa...” Mãe 11

Apesar de não comparar o serviço prestado nas diferentes enfermarias da maternidade-escola, a experiência das mães no cuidado de seu bebê prematuro a partir do aprendizado dentro do método Mãe-Canguru pareceu mais rica e mais adequada às necessidades da díade após a alta hospitalar, diante das imposições do cuidado domiciliar.

4.2.3.3 Idas à maternidade e a alta hospitalar

O deslocamento das mães (e de outros familiares) entre a maternidade e a residência familiar também compõe o processo de internação do bebê (e de seguimento pós-alta) e representou uma dificuldade a ser superada, fosse pela questão financeira ou física da mulher que, diariamente, precisava de ônibus, carona, táxi e/ou longas caminhadas para encontrar seu bebê em tratamento e tentar dar a ele o melhor de si naquele momento: o leite materno e seu carinho.

“E eu dizia: ah, pois vocês vão ficar pagando nossa passagem de ida e volta, viu, porque eu num tenho condições de ficar vindo aqui todo dia não... Mas eu vinha que quem dava o dinheiro era até a minha mãe e a mãe dele aí [apontando para o companheiro]; ela dava a de vinda e a minha mãe dava a de volta; mas eu dizia: num tenho dinheiro pra vir todo dia não, vocês vão ter de pagar minha passagem que eu num tenho dinheiro não, pra vir todo dia não! E elas dizia mais assim, que tinha de vir todo dia pra ele tá mamando; e eu dizia: ah, minha senhora, mas eu num posso fazer nada, a senhora vai dar meu dinheiro todo dia? E elas: não, num sei o quê, num sei o quê... E eu: ah, num posso fazer nada, a vontade é grande, mas as coisa tá difícil! Ave, que se tivesse passado mais tempo internado, eu num sei não, num sei como era que a gente vinha não...” Mãe 10

“[...] recebi alta e ela ficou mais de um mês na UTI, na, na UTI, na 3, 3A. Aí todo dia eu ia visitar ela, todo dia eu ia, pegava o ônibus, descia no terminal e trocava de ônibus, era dois ônibus pra ir e dois pra voltar; aí chegava lá, tirava o leite e deixava lá e vinha embora umas três e meia, duas e meia, era assim.” Mãe 2

Investigando a participação da família no cuidado ao bebê internado em uma UTIN, Gaíva e Scochi (2005) também identificaram dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias no percurso diário até a maternidade. Discorrendo ainda sobre as dificuldades enfrentadas pelas mães, Souza *et al* (2007), apontaram que a atitude de acompanhar assiduamente o filho internado também provoca o distanciamento familiar e social dessa mulher, impossibilitando-a de exercer atividades rotineiras com a família.

Vale ressaltar que em Fortaleza, particularmente, entre os anos de 2005 e 2007, o projeto Pró-vida da SMS (Secretaria Municipal de Saúde), sob a coordenação da enfermeira Verônica Gurgel Silva, disponibilizou vale-transporte, apoio psicossocial e um espaço apropriado à amamentação das mães cujos bebês estivessem internados em UTINs. Esta iniciativa contemplou 11 hospitais credenciados ao SUS, mas não conseguiu se tornar lei por falta de aprovação na câmara municipal.

Todavia, mesmo que esse ir e vir representasse um distanciamento da família e um cansaço extra à mãe, o amor materno conseguiu superar as adversidades e nenhuma mulher de nossa pesquisa deixou de visitar seu filho durante todo o período da internação:

“[...] Eu achava melhor tá em casa, mas quando eu chegava aqui começava a chorar, que eu num via ele [risos], só via as roupinha, aí chorava era muito... pensando: será que ele vai vir mesmo? [...] Todo dia ele ia me deixar de moto e ia me buscar... Mulher, era uma luta... assim, nós dois, era uma luta! Porque ele trabalhava de manhã, e aí antes ele ia me deixar... Tinha dia que ele só ia umas seis hora, seis e meia, e eu passava o dia todim lá, vinha só dormir em casa! Que dizer, eu num tive descanso nenhum no resguardo... cheguei no domingo, na segunda já tive que ir... Aí foi assim, o resguardo todim! Mas ele sempre ia me deixar e me buscar... quer dizer, no resguardo, quem ia me deixar era o cunhado dele, que eu num ia de moto ainda, aí, pronto, foi uns doze dia, quinze dia de carro, aí depois eu fui melhorando, eu fui de moto mais ele...” Mãe 9

“[...] Eu pegava o ônibus que você pegou [duas ruas acima da que ela mora] e descia lá na avenida João Pessoa e ia caminhando. Todo dia eu saía cedinho, uma sete e meia e passava o dia lá, o dia todim; às vezes a mãe ia me deixar, no começo quando eu tava cansada, assim muito inchada, aí ela ia comigo no ônibus.” Mãe 5

Contudo, é importante denotar que as opiniões se dividiram, havendo mães que prefeririam continuar internadas e/ou o conseguiram para ter mais tempo dedicado ao filho e descansarem mais (primeiro exemplo, abaixo), enquanto outras, incomodadas com o ambiente hospitalar, interpretaram o retorno para casa como uma excelente possibilidade de voltar a conviver em família e até retomar a atividade profissional de modo que a licença-maternidade pudesse ser usufruída após a alta do bebê:

“[...] eu ficava indo e voltando, indo e voltando, aí chegava em casa dormia e no

outro dia ia e voltava, mas eu chegava em casa tão cansada, tão cansada e esses treze dias que eu passei lá [no Canguru], eu ficava lá, dormia, descansava, entendeu? Eu tinha a família no horário da visita e o pai de sete hora da manhã às sete da noite podia ir, e a família podia ficar de três, três e meia até as cinco horas... Conseguia me dedicar mais ao X [nome do filho] e num dava nem pra me sentir só... [risos]" Mãe 3

"[...] eu ia à noite e passava assim uma hora, uma hora e meia porque, assim, quando eu tive eu passei só uma semana em casa; como eu sabia que ela ia passar muito tempo lá, eu fiz um acordo com meu patrão pra mim continuar trabalhando, como tava tudo bem, aí... no meu trabalho eu num faço esforço, aí eu fui trabalhar pra poder quando ela recebesse alta eu tirar minha licença, aí eu ia à noite, e ficava lá, só olhando, que eu tinha medo de pegar [um riso desconcertado] que era muito pequena..." Mãe 7

Vale salientar, entretanto, que as mães que não conseguiram disponibilizar mais tempo para as visitas ao bebê internado e/ou só o faziam no período noturno foram as mesmas que enfrentaram as maiores dificuldades em amamentar exclusivamente seus bebês sendo que, em alguns casos, não conseguiram fazê-lo, tendo em vista que as orientações práticas acerca da ordenha e da amamentação em si aconteciam durante o dia - horário em que havia profissionais na sala da amamentação.

Em geral, as orientações sobre o cuidado com os bebês foram repassadas no momento da alta hospitalar (quando as mães também recebiam folhetos explicativos sobre o cuidado) e pareciam abordar um pouco mais as questões práticas do seguimento da criança no serviço e a prescrição do complemento alimentar do que as condições e técnicas de manuseio da criança no cuidado domiciliar diário, como a questão do banhar, do vestir ou do estimular:

"[...] na hora da alta ela explicou como era pra dar o Nan, ela disse: Olha, quando você der de mamar, você sempre dá este complemento pra ele... Que era os 30ml, mas eu aumentei mais...que ele fez um mês já [do nascimento]. Ele é doido por um leiteim [risos]..." Mãe 11

"[...] no dia que a X [nome da filha] saiu a enfermeira foi e disse: ó, vocês vão ter que fazer isso, ela tem um teste ainda pra pegar, vocês têm que pegar o teste dela; ela vai tomar o Nestogeno, ela ainda tem um exame pra fazer tal dia, tal dia vocês retornam; vão pra uma pediatra pra poder ver como é que ela tá..." Mãe 8

Causou-nos espanto, ao questionarmos a respeito das orientações para a alta hospitalar, a divergência dos relatos sobre os cuidados com a higiene do bebê em casa: houve mulheres que não receberam nenhuma orientação (como no primeiro depoimento), enquanto algumas mães aprenderam a banhar seus filhos à vontade (segundo excerto), não havendo, na maioria das vezes, um relato preciso de procedimentos padrões de orientação, ao passo que uma das mães relatou a orientação do banho com algodão. Mais uma vez, as mulheres que descreveram uma orientação mais formalizada sobre o cuidado em domicílio foram as

mesmas que vivenciaram a experiência da enfermaria Canguru e porque já vivenciavam esse cuidado no dia-a-dia da internação com seu bebê.

“Todo dia eu ia lá pra o hospital tirar o leite pra dar a ela, aí, eu não tava nem esperando pra ela receber alta; aí, eu fui merendar e quando eu voltei ela me disse assim, a colega me disse assim: ah, a X [nome da mãe] tá de alta, uma enfermeira falou, e eu pensava: uhhhh [faz um ar de espanto e esboça um sorriso]. Aí eu fiquei ansiosa, alegre, eu fiquei só na minha [riso tímido], assim.. . Aí ela, quando a enfermeira disse assim: vocês já conversaram com a dona X [nome da mãe]? Aí: não! Aí ela veio e disse: ela tá de alta. Aí eu:Tá? Tá certo! Aí eu esperei ajeitar os papéis e vim pra casa simhora.” Mãe 2

“[...] O banho mesmo elas só falaram porque eu perguntei se podia dar banho porque eu tinha medo de dar banho nela, aí eu: doutora, ela pode tomar banho? E ela: pode, quantas vezes quiser, criança gosta é muito de água! Ah, então pode tomar banho...aí, das outras eu só vi quando ela falou, das outras dos remédio, que toma e o leite...que era o Nan e dizia que cada 30ml era uma medidinha de leite, assim... explicava como fazer...o leite, só isso, foi...e também marca logo a primeira consulta do follow-up.” Mãe 1

“[...] porque o banho num é aquele ainda... de botar na banheira e dar aquele, é, é... passar o algodão, aquela coisinha toda... esse ainda, eu não dei ainda! Só o pai! Esse do algodão quem aprendeu foi o pai enquanto eu ainda tava internada!” Mãe 8

Apresentamos as falas que não houve uma conduta formalizada no momento da alta hospitalar sobre a preparação das mulheres à nova fase de cuidados domiciliares, nem tampouco grupos de apoio para que as dúvidas e experiências existentes durante os primeiros dias após a alta pudessem ser compartilhadas entre pares - como já ocorre constantemente em outros estabelecimentos (COUTO, 2009; SANTORO Jr. e MARTINEZ, 2007; VASCONCELOS, LEITE e SCOCHI, 2006). Também não existiu um espaço de interação orientado ao levantamento de questões pelos atores do cuidado (mães e profissionais). Essa interação, muitas vezes, ocorreu nos corredores ou dentro das enfermarias, na iminência da necessidade que se criava e se apresentava no dia-a-dia da mãe internada com seu filho ou naquela que, numa peregrinação diária, encontrava-se na maternidade para visitá-lo e/ou amamentá-lo.

“[...] E ela ficava ligando pra mim e eu: te acalma, mulher, é assim, faz assim... tu dá a vitamina na seringa, porque ela não conseguia dar na colherzinha, né? Tu dá na seringa, bota na seringa, num sei o quê, mas eu... tranqüilo... A gente se ajuda depois, sabe, enquanto a gente tá lá e depois, porque a gente fica amiga, toda semana voltando também...” Mãe 3

“[...] as mães vão se ajudando entre si, dando dicas: ó, segura ela assim; olha, não faz isso!... Ó, o nenê tá assim, não bota ele assim não... Dessa última vez da X [nome da filha], aí eu chegava e dizia assim: ó, faz assim, enrola desse jeito, passa o algodão assim, limpa dessa maneira... eu dizia! Eu não podia me levantar, mas eu da onde eu tava eu dizia: ó, faz assim!” Mãe 8

As falas indicam que a interpretação acerca das orientações recebidas no momento da alta e sua aplicação prática em domicílio dependeram diretamente do processo de alta vivido pela díade mãe-bebê prematuro e também da experiência do cuidado com o bebê durante a internação do mesmo, sendo-nos possível, a partir das entrevistas, destacar três tipos distintos do vivenciar desse processo: a) as mães que questionavam diariamente a equipe sobre a data provável da alta foram avisadas antecipadamente sobre a possibilidade dela; b) algumas mulheres só souberam da alta do filho ao chegar para visitá-lo porque já não questionavam mais a equipe sobre isso; c) outras mães, na certeza da alta, enfrentaram a difícil experiência da piora clínica do quadro de seu bebê. Os exemplos de cada experiência são encontrados nos depoimentos abaixo, respectivamente:

“A doutora X tinha me avisado... que ele não tava mamando no peito, porque ele não sugava direito e quando ele se engasga ele passava mal, aí ela ficou, passou, passou, sexta, sábado e domingo ela deixou ele só no peito, com o bico de silicone, aí ela: X [nome da mãe], se passar esses três dias, se tudo correr bem, na segunda-feira eu lhe dou alta, mas num fale nada no ouvido dele não, porque ele [risos]... é assim! Aí eu: tá certo! Mas nesses três dias correu tudo bem, na segunda-feira quando eu cheguei lá [...] quando eu cheguei, ela já tava pegando ele, já tava medindo ele, todim, aí disse assim: trouxe as coisa dele? E eu: trouxe! Eu já tinha levado a bolsinha, tava lá! Aí disse assim: pois vá pegar! E já deu alta pra ele! Ave Maria, a felicidade todinha do mundo! [risos]” Mãe 9

“Porque assim, foi de um dia pro outro, a doutora chegou e: tá de alta! Eu não perguntava mais, de repente eu ia ficar de alta, então...” Mãe 6

“A doutora X disse: olha, amanhã ela pode receber alta! Podia vim buscar ela; aí quando foi no outro dia, eu cheguei lá levei foi um susto que a menina com a sonda, que ela, ela já tomava já era na chuquinha, ela tava tomando na chuquinha e aí pra ela num cansar, tavam dando era na sonda, pra ela num... num ter que sugar...ela tava com aquele oxi... não sei nem como é o nome que chama...” Mãe 1

O momento da alta simboliza o rompimento com o mundo intra-hospitalar e a celebração da vitória que a sobrevivência do bebê representa; contudo, os profissionais precisam repensar e compreender esta alta hospitalar “como um processo que ocorre ao longo da internação e não apenas como um ritual burocrático e pontual” (TRONCHIN e TSUNECIRO, 2006, p. 100). Além disso, Moraes, Quirino e Almeida (2009) salientam que a preocupação com o bebê após a alta muda, passando a se focar na manutenção de sua saúde, já que os pais percebem a possibilidade de intercorrências.

Em nossa experiência, associado à alegria de voltar para casa com seu filho nos braços houve, constantemente, o medo dos novos desafios impostos no cuidado domiciliar, em que pesou a ausência da assistência direta de uma equipe especializada, a rotina de tarefas

domésticas, a vida profissional (para quem trabalhava fora de casa) e o contato com um ambiente não-hospitalar. De forma semelhante, Viera e Mello (2009) observaram que, associado ao desejo da alta hospitalar, os pais desenvolvem a ansiedade de como cuidar do bebê sem a presença da equipe de saúde.

Entretanto, as mães que haviam sido orientadas de forma mais integral sobre o cuidado com seu bebê sentiram-se mais seguras que aquelas que não conseguiram aprimorar a experiência do cuidado; as duas falas iniciais apontam preocupações comuns no momento do retorno para casa - a alimentação e a saúde do bebê após a alta, sendo comum, também, o medo do primeiro banho - enquanto as duas últimas falas representam bem a posição assumida pelas mães que são mais treinadas quanto ao cuidado:

“Eu vinha com ele nos braço, não pensava em muita coisa não, assim, de cuidar dele não, eu me preocupava, assim, com esse negócio da alimentação dele. Eu num sabia como é que ia ser porque ele num tava, num tinha muito leite ainda... só por causa disso! Eu me preocupava com isso...” Mãe 11

“Quando ele [o filho prematuro] chegou aqui em casa eu falava assim: olha, vai ter que dar o gato, vai ter que entregar os periquito, vamo ter que acabar com essas galinha, vamo ter... aí eu sei que o homem [o marido] falou: minha filha, vai fazer uma operação de guerra, é, pra receber o menino?” Mãe 6

“[...] Pensava: quando chegar em casa agora vai ser só a misericórdia [risos], noites e noites acordada, pra saber o que é mãe... Mas fora as noite acordada, eu já tinha aprendido a cuidar dele... que quando eu ia pra dar de mamar, elas me ensinaram, elas me ensinaram na enfermaria mesmo, me diziam como era pra trocar, como era pra deixar ele vestido, que num era pra deixar ele nu, era pra deixar ele sempre de roupinha porque ele sentia muito frio... elas me ensinaram tudo, eu só num tinha dado o banho mesmo...” Mãe 10

“[...] eu pensava: aí quando chegar em casa como é que vai ser, como é que ele vai, se ele vai se acostumar, porque assim, tem isso de achar esquisito, é um lugar que ele tá indo diferente, mas, mais era a vontade de chegar em casa, num tive medo não, eu acho que tava preparada pra cuidar dele... eu ainda cheguei a duvidar, mas não... Será que eu vou conseguir? Sabe, porque lá você tem todo o apoio, o amparo e em casa você tá sozinha, mas foi tranqüilo! Botei na cabeça que tinha que ser eu mesmo, que o que eu tinha que aprender, eu tinha que colocar em prática, entendeu, porque elas ensinavam lá como a gente, como a gente, sei lá, reagir com o engasgo, com queda, com num sei o quê, com num sei o quê, sabe? Com tudo, então, preparam a gente pra tudo, então a gente tem é que colocar em prática...” Mãe 3

Os depoimentos parecem indicar que a alta hospitalar é um dos momentos mais delicados na interação mãe-profissionais e requer uma orientação cautelosa quanto à convivência com o bebê em domicílio e os cuidados a ele dispensados, sendo que a melhor maneira de garantir a segurança da mãe no dia-a-dia com o filho sob sua responsabilidade pareceu ser, segundo a fala das mulheres, uma maior experiência com a prática do cuidar (banhar, vestir, alimentar ou amamentar, medicar, etc) ainda durante o período de internação

do bebê. Anuímos o pensamento de Gaíva e Scochi (2005) de que é necessário preparar as mães para o cuidado domiciliar com o bebê, já que ela, nem sempre, está efetivamente inserida no cuidado com o filho hospitalizado.

4.2.4 A mãe, o aleitamento e a fadiga

Em processo inverso ao ocorrido nos anos 80 - quando se apregoava a substituição da amamentação ao seio pelo uso de fórmulas artificiais -, Machado e Bosi (2008) e Almeida e Novak (2004) indicam que a mídia tem abordado frequentemente o papel e o valor do aleitamento materno na saúde e bem-estar do bebê alicerçando, nas mulheres, a compreensão de sua capacidade em produzir leite suficiente e de qualidade para a alimentação de seus recém-nascidos. Todavia, talvez por reflexo da cultura difundida em décadas anteriores, é comum existir um choque entre as orientações da equipe de saúde e os conselhos familiares quanto à manutenção da alimentação ao seio, sendo que esse quadro ganha capítulos especiais em se tratando da alimentação de um bebê extremamente prematuro, cujas mães são submetidas ao estresse do período de internação do filho, associado à demora da estimulação da sucção no seio.

A literatura afirma que a amamentação exclusiva é a melhor maneira de alimentar um bebê até os seis meses de vida, sendo especialmente indicada à alimentação de bebês de baixo peso ou peso insuficiente (CORMACK e BLOOMFIELD, 2006 *apud* LIMA e MELO, 2008); porém, o tempo de hospitalização prolongado associado à falta de condições estruturais e/ou da ação direta da equipe de saúde, além de fatores de ordem social e cultural - o uso da chupeta e mamadeira e a influência de familiares - têm sido apontados como influências negativas ao aleitamento materno (COUTO, 2009; NASCIMENTO e ISSLER, 2004; PEDRAS, PINTO e MEZZACAPPA, 2008; SANTORO Jr. e MARTINEZ, 2007).

A mulher que vivencia os dias de internação de seu filho numa UTIN enfrenta obstáculos de ordem emocional e física na tarefa de amamentar e cuidar de seu bebê e, por isso mesmo, interpreta de formas diferentes as experiências vividas e as orientações recebidas a respeito do aleitamento materno e da alimentação do bebê com complementos e fórmulas. Em nosso estudo, os depoimentos nos fizeram optar por analisar a questão da alimentação da criança nascida extremamente prematura sob quatro tópicos distintos nos quais trabalhamos a seguir:

4.2.4.1 Orientações recebidas

Todas as mães - primíparas ou não - enfrentaram, além dos anseios com os cuidados físicos, a insegurança causada pela alimentação de um bebê prematuro extremo em seus primeiros dias de vida e após a alta hospitalar; ficou evidente, entretanto, nos discursos apreendidos, que as explicações técnicas recebidas durante o período da internação auxiliaram enormemente a puérpera nesta etapa importante de definição do padrão alimentar de seu bebê, especialmente quando estas informações foram transformadas em prática concreta (como no caso da ordenha mamária).

As falas nos demonstraram que as orientações técnicas aconteceram em momentos distintos e tiveram objetivos diferentes: a) orientações sobre a ordenha mamária para a oferta do próprio leite materno por sonda, nos primeiros dias após o nascimento prematuro; b) orientações sobre o posicionamento do bebê na amamentação ao seio, quando a criança já desenvolvia a capacidade de sucção; c) explicações sobre o preparo do complemento em domicílio e o processo de desmame, no momento da alta e nas consultas de seguimento; d) prescrição de drogas no processo de relactação ou manutenção da amamentação do bebê, quando as mães queixavam-se de pequena produção láctea ou quando ainda não haviam conseguido amamentar ao seio.

“Ensinarão tudim, direitinho, a ordenhar... E só de ver as outras mães a gente termina aprendendo, tem também a vontade de dar o melhor pro bebê, e a gente vê todo mundo falando que o mais importante é mesmo o nosso leite, nem que seja pouquinho... Mas a sala [da ordenha] é muito desconfortável! Num dá pra entender aquilo ali daquele jeito... Se é o mais importante, né?” Mãe 5

“[...] enquanto eu tava lá eu nunca dei de mamar pra ele, eu só tirei... um pouquinho, que saía pouco, igual a moça que fica lá no banco de leite ensinou, aí eu fazia! Porque quando eu fui visitar ele a moça me explicou que dava pra tirar meu leite pra dar pra ele, que era melhor, aí ela me explicou e eu tirei... foi fácil, só saía pouquinho, mas num era difícil tirar não... Aí todo dia eu procurava ir pra tirar... todo dia, todo dia...” Mãe 11

Cabe aqui ressaltar que os autores, comumente, compreendem que a qualidade das orientações fornecidas às mães durante o período da internação do bebê podem determinar o seu seguimento após a alta hospitalar, especialmente em relação à amamentação do filho prematuro (COUTO, 2009; LAMEGO, DESLANDES e MOREIRA, 2005; SANTORO Jr. e MARTINEZ, 2007; SILVA, 2008; SIMIONI e GEIB, 2008; SOARES, 2006).

À semelhança da afirmação de Nascimento e Issler (2004) sobre a necessidade de encorajamento e orientação à ordenha precoce como fator promotor da lactação entre mães

cujos filhos são internados em UTINs, as orientações acerca da ordenha e utilização do leite materno na alimentação dos bebês foi um procedimento comum na maternidade; as mães de nossa pesquisa receberam apoio quanto à técnica da ordenha mamária logo após o nascimento do bebê e passaram a fazê-lo diariamente para garantir a alimentação de seu filho.

Anuímos, também, o pensamento de Belli (1999, *apud* Silva, 2008) de que as mulheres com bebês internados buscam compartilhar sua experiência com outras mães na mesma situação tendo em vista que, além do apoio técnico, percebemos que a interação com outras mulheres que passavam pela experiência de dar à luz um bebê prematuro e vê-lo internado foi uma influência importante neste momento de dor e incertezas de nossas entrevistadas, servindo de estímulo e companhia nas idas e vindas à sala da ordenha mamária.

Todavia, as mães que visitavam seus bebês à noite não desfrutaram do mesmo serviço de orientação, nem desenvolveram amizades com outras mães e, talvez por isso, não tenham conseguido manter a produção láctea durante a internação do filho; essas mulheres não referiram, em nenhum momento, a orientação técnica que as demais receberam sobre a ordenha ou, se interrogadas a respeito, afirmavam a inexistência de tal orientação:

“Nunca me orientaram nada não... Uma vez, quando eu tava lá num sábado, me levaram pra essa salinha pra tirar o leite, mas num tinha ninguém lá não, pra orientar não... A gente quem ficava tirando, mas ninguém levava aquilo dali não [referindo-se à bomba de ordenha], que não podia, era na mão mesmo... Aí eu só tirei porque já sabia, porque depois de três, eu já sabia mesmo... Aí eu tirava, tirava bem poquim, mas tirava... Fiquei tirando acho que bem um mês e levava quase todo dia sim, mas nem era eu quem dava, porque ela disse que botava lá no congelador, só dá na hora lá, quer dizer, a gente só dá tirando na hora lá num copim, na hora, mas uma coisa que leva de casa eles guardam no congelador, aí eles já vão tomando leite de outras mãe. Aí, só neste sábado que eu passei o dia lá, foi que eu consegui tirar assim, direto, tirei e levei... Na hora da... da dietinha dela, aí eu fui lá, tirei e levei; aí ela mandava eu ficar segurando, assim, na seringa, aí eu tirei e levei e fiquei lá segurando... Só que quando ela começou a comer na gaze, eu num tinha mais leite não...” Mãe 1

Além das orientações acerca da ordenha, à medida que o bebê se recuperava e aprimorava a sucção, algumas mães passavam a ser orientadas sobre a estimulação da sucção na mama e as maneiras corretas de amamentar:

“Aí, a doutora X pegou e disse que era pra mim ficar incentivando ele a botar no peito, entendeu? Aí, eu peguei ele e fui... aí a mulher vei só mostrar como era: bota ele assim, escora bem a cabecinha dele no seu braço, na curva do braço e bota o peito na boca dele e aperta, aí eu botei e apertei e ele pegou na hora, da primeira vez logo, aí depois disso ele ficou só no peito, o dia todo, aí depois de uns quinze dia ele já tava de alta...” Mãe 10

Em outro momento, já discorrendo sobre o seguimento após a alta, surgiram falas

sobre o processo de desmame dos bebês, mas as mesmas foram contraditórias; algumas mães reafirmaram diversas vezes a orientação sobre a manutenção exclusiva da amamentação ao seio (como no primeiro exemplo, abaixo), enquanto outras garantiram que a mudança do leite havia sido aprovada e até sugerida pela médica (segundo depoimento); contudo, a amamentação combinada foi a orientação mais recorrente segundo as entrevistadas:

“Dar de mamar acho ruim porque ela é pequenininha. Aí, pegar no bico do peito, ela pega mais na ponta do bico, chega tá ferido. Não pega direitinho bem, mas assim mesmo eu tenho de agüentar dar de mamar a ela assim [...] Eu fui p a consulta dela aí a doutora dela disse que não era pra eu dar mingau não, tinha q ser só o leite dela, só a mama mesmo.” Mãe 2

“[...] ela começou a enjuar o leite [Nan], aí eu comecei a dar o Mucilon com o Nan, que eu fiquei com medo de dar o Ninho, aí quando eu fui a doutora disse que eu podia dar o Ninho a ela, e podia dar o Ninho e um suquim, aí depois com quinze dia podia passar, dar coisa pastosa a ela, aí foi eu comecei a dar logo as coisa... A doutora mesmo lá do follow-up, quando eu fui lá ela falou: daqui a quinze dia dê só suco, mais quinze dia, você pode dar coisa pastosa, aí depois mais quinze dia pode dar, assim, coisa salgada... e eu fui fazendo...” Mãe 1

“[...] ele tinha completado [um mês de vida] lá no hospital, aí ele tava só na mama, aí eu perguntei à médica se eu num podia dar outro leite a ele, aí ela disse que podia dar o Nan 1, aí eu comprei o Nan 1 e passei um mês dando o Nan 1 a ele, aí depois eu comecei a dar suco a ele, chá, mas era quando ele já tava com dois mês que tinha nascido, aí eu dava o peito e uma vez eu dava o leite Nan1 de 50ml, na hora de dormir que era pra ele dormir mais, que as enfermeira ensinaram, ensinaram até como era que preparava o leite e tudo, e aí ele dormia...” Mãe 10

Como apontamos anteriormente na discussão sobre a fragilidade da comunicação existente entre mães e profissionais, acreditamos que o processo de desmame dos bebês possa estar acontecendo precocemente e que este fato seja omitido da equipe médica. Estudos nesta área têm apontado a alta frequência de desmame entre a alta hospitalar e o primeiro retorno ambulatorial, sugerindo a interferência de outros fatores, além da técnica de alimentação (ROCHA, MARTINEZ e JORGE, 2002 *apud* PEDRAS, PINTO e MEZZACAPPA, 2008).

Alguns autores, de maneira semelhante ao que identificamos em nossa pesquisa, têm atribuído o retorno à atividade profissional como um facilitador do desmame precoce, tendo em vista a introdução de bicos artificiais, mamadeiras e fórmulas lácteas na alimentação do bebê (ALVES, SILVA e OLIVEIRA, 2007; ALMEIDA e NOVAK, 2004; VIEIRA *et al*, 2004), ao passo que Santoro Jr. e Martinez (2007) identificaram menor incidência de desmame entre as crianças que recebiam alta sendo alimentadas exclusivamente ao seio.

Em seu turno, Tavares, Xavier e Lamounier (2003) alertaram aos elevados índices de desmame precoce anteriores aos seis meses de vida da criança, apesar da evidente superioridade do leite materno, enquanto Machado e Bosi (2008) colocam a questão do

desmame como um problema de saúde pública, alertando para a multidimensionalidade do fenômeno. Em contrapartida, entre as mães que conseguiram amamentar exclusivamente, Morais, Quirino e Almeida (2009) ainda identificaram a preocupação e despreparo sobre o processo de desmame.

Por fim, as orientações sobre a alimentação do bebê envolveram também a prescrição de drogas que promovem o aumento da produção láctea; esta orientação foi repassada a todas as mães: algumas fizeram uso da medicação para tentar a relactação, enquanto outras tomaram o remédio durante a internação do bebê - junto ao treinamento da sucção no seio - ou após a alta do mesmo, visando o aumento da lactação e a manutenção da amamentação exclusiva:

“[...] a alimentação, eu tive que aprender aqui, a fazer a mamadeira, porque liberaram quando ela saiu do canguru e lá ela só tomava na sonda... Porque lá, foi o seguinte, lá eles tem o processo pra mãe querer, novamente a relactação. Só que, assim, quando ela chegou lá ela não foi pronta pra... a mãe vai só relactar e ela vai aprender a mamar! Quando ela chegou lá, ela ainda chegou com um bucado de dificuldade, entendeu? Aí, num deu... era muito estressante, porque ela ainda foi tomar sangue, teve que fazer fisioterapia por causa do pulmão dela, que tem displasia por causa do respirador, aí foi um monte de coisa que num deixou... impediu isso. Eu ainda comecei o tratamento lá, com medicação e tudo, mas nada...” Mãe 7

“[...] eu ainda tô tomando um remedido que a médica passou quando eu ainda tava com ele internado, e depois que a gente voltou pra casa eu comprei e continuo tomando, mas mesmo assim ainda não dá pra ser só no peito...” Mãe 3

“[...] num saía muito leite, aí, ela passou um remédio pra mim criar leite, mas foi já quando eu fui trazer o X [nome do filho] pra casa, já foi no dia que ele foi saindo que ela passou, no dia que ele saiu...” Mãe 11

Torna-se imprescindível salientar que, mesmo na impossibilidade de amamentação ao seio durante a hospitalização (com a diminuição da produção láctea), as mães de prematuros podem e devem ser orientadas quanto às técnicas de *relactação* existentes, envolvendo desde o treinamento adequado do posicionamento do bebê ao seio, a estimulação mamilar e expressão mamária, utilização concomitante de suplemento durante a sucção, até o uso de fármacos que estimulem a lactação (BORDALO, 2008).

Mais uma vez, compreendemos que as orientações são mais efetivas, ou seja, conseguem ser reproduzidas durante a internação ou após a alta, quando realizadas em conjunto com a demonstração prática e o treinamento das mães:

“[...] tem até uma folhinha, assim, que ensina como se faz, até como armazena o leite, tem tudo... O tempo é que num ajuda...” Mãe 4

“[...] eu já tinha leite, o peito já tinha enchido, mas eu num me sentia segura, num tinha como garantir que ele ia mamar direito, num tinha um treinamento, nada...”
Mãe 11

4.2.4.2 A oferta de alimento e o estímulo à sucção

Faz-se necessário, em meio à discussão sobre a alimentação do bebê prematuro extremo, observar uma prática constante nos relatos maternos que nos causaram preocupação: algumas mães relataram presenciar seus bebês sugando uma gaze embebida em leite durante o período da internação.

“Meu marido vinha, entrava também, ficava lá olhando eu fazer as coisa... eu trocava fraldinha dele, segurava a sonda, segurava a gaze, tudo que me ensinaram eu fazia direitim.” Mãe 10

“Dava um pouquinho [de leite], sabe, quando ela tava com a sonda, dava no copinho, acho que era com uma gazezinha q elas botavam e dava... pouquinho q elas tavam dando sem ser na sonda” Mãe 2

“Eu ficava era com pena dela, porque ela ficava com fome lá, eu ficava só pensando, ela com fome, chorando... Ela era direto chupando aquela gazezinha que botava mais o leite, mas ela queria era mais aí ficava só chupando pra enganar...” Mãe 1

“Que hoje eu dô na mamadeirazinha, aí dá pra me ajudarem, mas no canguru era no copinho, na gaze... na gazezinha e também na sonda, só que na sonda dele eu botava o dedo-luva cum processo todo, aí botava a sonda aqui [e demonstra a posição da mão], mas antes de sair elas já tinham liberado mesmo a mamadeirazinha, aí depois que eu cheguei em casa eu comprei.” Mãe 5

As falas maternas nos induziram interpretar que a sucção na gaze foi um dos meios de estimulação e alimentação do bebê internado; o último depoimento, em especial, nos revela que até mesmo no interior da enfermaria Canguru a prática do uso da gaze embebida com o leite materno foi uma maneira corrente de alimentar o bebê. Contudo, em nenhum momento, as mães referiram a utilização dessa gaze em domicílio para nenhum dos propósitos apontados, nem tampouco pareceram questionar a sua utilização na maternidade. A prática passou silenciosamente diante dos olhos maternos e não pareceu despertar curiosidade ou explicações técnicas.

Pouquíssimas pesquisas têm investigado a pertinência desta conduta dentro das UTINs, e a prática parece estar sendo adotada sem maiores reflexões acerca de suas implicações para a saúde e bem-estar do bebê. Os autores têm indicado o uso da gaze embebida em soro glicosado como um auxílio à estimulação dos reflexos de sucção-deglutição-respiração, no processo de desmame da alimentação por gavagem (HERNANDEZ,

1996 *apud* ARAÚJO, 1998; PROENÇA, 1994 *apud* CARNETTI, 2005) sem, entretanto, observar que a manipulação inadequada da gaze esterilizada, assim como a presença de fiapos⁶ podem comprometer ainda mais a estabilidade clínica do bebê, caso ocorra alguma aspiração.

Vale ressaltar aqui que, como muitas das técnicas empregadas durante o período do bebê internado, a sucção na gaze pode estar sendo reproduzida em domicílio, após a alta, ainda mais porque é recorrente a queixa materna sobre a inquietação do bebê e também porque estas mães perceberam duas finalidades à sua utilização, que serviria como medida de estimulação da sucção e também acalento à criança que chorava com fome ou com dor. Se, por ventura, esta prática for reproduzida em casa, os riscos anteriormente citados tornam-se maiores e ainda mais nocivos. Outra questão importante é identificar se as mães estão descrevendo corretamente o procedimento, e além do soro glicosado - como observamos anteriormente, na literatura - a maternidade tem utilizado a gaze como meio de oferta da dieta do bebê.

Mesmo que a contribuição à sucção pareça justificar a adoção do uso da gaze embebida em soro glicosado como procedimento de rotina na estimulação do bebê, é imprescindível que as mães recebam orientação e esclarecimentos a respeito da mesma para evitar confusões e interpretações errôneas.

4.2.4.3 Rotina de alimentação do bebê e aleitamento misto

O aleitamento misto foi percebido, em nossas entrevistas, como uma prática amplamente adotada na alimentação do bebê prematuro extremo. Entre a dificuldade de deglutição e os engasgos freqüentes, o longo período de internação e a demora na estimulação da amamentação no seio, a indisponibilidade de horários para o aleitamento materno e a ordenha (nos casos em que a mãe voltou a trabalhar porque o período da licença-maternidade fora utilizado durante a internação do filho), muitos foram os obstáculos que dificultaram a amamentação exclusiva.

Destacamos dois grupos diferentes de crianças em amamentação mista por motivos distintos: aquelas cujas mães não programaram a impossibilidade de amamentar exclusivamente, mas tiveram de enfrentar tal realidade por perceberem - ou interpretarem - que sua produção láctea não satisfazia às necessidades do bebê e aquelas que, por serem

⁶ O termo fiapo é aqui utilizado significando um fio delgado ou fiozinho, conforme o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2008).

gêmeas ou em decorrência de algum problema materno, já recebiam a alimentação combinada durante a internação.

“Isso aqui daqui a pouco vai ser outra mamadeira [ela já havia comentado que dera uma pela manhã]; eu fico estendendo pra ver se eu consigo dar mais um peitím, pra ver se ele fica menos nervoso porque eu não queria dar o leite assim, eu queria amamentar ele até os seis meses só no peito igual eu fiz com esse [o mais velho] que foi até os sete meses, mas não foi possível, ele foi mamar assim, só quando ele tava com dois, com mais de dois meses que ele começou a mamar no peito, e eu fazia de tudo, passava o leite no bico, eu estimulava, aí tomava bastante líquido, mandaram eu tomar, é... garapa de rapadura [...] toma Domperidona, a doutora passou: Toma Domperidona por uma semana; aí eu tomei, aí eu comecei a produzir mais leite [...] eu sei que o que eu queria era ter leite pra ele. Mas eu consegui, mas não do jeito que eu queria, assim [...] agora eu deixo estimular, deixo ele no peito, eu só dou em último caso, por exemplo, tá vendo que ele não pega mais o peito? Tá mole, meu peito tá mole, tem bem pouquim, vou ser obrigada a fazer mamadeira pra ele, mas eu procuro dar o mínimo possível, porque eu sei que quanto mais ele tomar mamadeira menos ele mama em mim, menos eu vou ter...” Mãe 6

“[...] desde lá [da enfermaria canguru] que é assim, primeiro eu dô o peito pro X [nome de um dos filhos], se sobrar eu coloco no mesmo peito o Y [o outro bebê], aí passo pro outro [seio] e se ele ainda tiver fome eu dô o complemento... Porque tanto um quanto o outro sempre pega complemento [...]” Mãe 5

Como salientam Couto (2009) e, também, Santoro Jr. e Martinez (2007), a continuação do aleitamento materno exclusivo, após a alta hospitalar, é uma constante preocupação dos profissionais envolvidos no atendimento ao bebê prematuro. De forma semelhante ao encontrado em nossa pesquisa, a primeira autora citada observou que a mãe do bebê prematuro não prioriza o aleitamento exclusivo quando percebe que o filho não está saciado e/ou não está ganhando peso.

Santoro Jr. e Martinez (2007, p. 545), por sua vez, identificaram que o “ritmo de desmame das crianças que, por ocasião da alta, estavam em aleitamento exclusivo foi menos acentuado que o das crianças em aleitamento materno não-exclusivo”, ao passo que Braga, Machado e Bosi (2008) indicam a necessidade do suporte de uma equipe especializada também no seguimento ambulatorial da criança, durante as consultas de Follow-up, visando facilitar a manutenção da amamentação exclusiva.

Em nossa experiência, as mães que pretendiam alimentar seus bebês exclusivamente no seio demonstraram certa frustração com a necessidade do complemento e só o faziam em horários fixos do dia ou quando o bebê já não se satisfazia com a mama; em contrapartida, as mulheres que deixavam a maternidade já em amamentação mista foram as mesmas a relatar um uso maior da fórmula artificial na complementação da alimentação de seus filhos, bem como a antecipação do processo de desmame com a inclusão de mingaus, chás e sucos:

“[...] o dia inteirinho eu dou assim o peito, aí eu só dou a mamadeira mesmo quando eu vejo que não tem... Tem dia que eu consigo levar, ele só toma uma; tem dia que são duas, tem dia que são três, quando eu tô já no limite [e sorri]...” Mãe 6

“[...] o X [nome do filho] tava com o umbiguim estufado. Eu perguntei porque tava assim. Aí ela: não, é assim mesmo... Que ia abaixar depois, com o tempo. Eu tava dando o Nan a ele, no começo, aí eu acho que era por causa do Nan porque depois que eu parei, diminuiu o umbigo dele; agora eu tô dando o Mucilon e o Ninho.” Mãe 4

A literatura tem indicado, freqüentemente, as vantagens do uso do copinho na complementação alimentar de prematuros, tendo em vista que ele parece propiciar o adequado aleitamento ao seio, à medida que evita o uso da mamadeira e a confusão de bicos (LIMA e MELO, 2008; PEDRAS, PINTO e MEZZACAPPA, 2008); contudo, nenhuma das mulheres por nós entrevistadas citou o uso do copo (ou sua indicação) na complementação do aleitamento ao seio após a alta hospitalar de seu filho, apesar dos estudos apontarem a complementação alimentar através do copo ou colher também em casa e sob orientação do pediatra, durante o acompanhamento ambulatorial do bebê prematuro (GRAZZIOTIN e YAMASAKI, 2000, SERRA e SCOCHI, 2004 *apud* BRAGA, MACHADO e BOSI, 2008).

Em relação à rotina alimentar dos bebês de nosso estudo, o que nos chamou mais atenção foram os parâmetros maternos para o acréscimo quantitativo da oferta alimentar - todas as mulheres que utilizavam o complemento ou que alimentavam seus bebês somente com fórmulas dobraram ou triplicaram rapidamente a quantidade de leite ofertada porque interpretavam o choro do bebê como um sinal de fome e, como nos aponta a literatura, associam a imagem do bebê gordinho (ou o ganho de peso) à segurança de um bebê saudável, o que lhes gera satisfação e autoconfiança (COUTO, 2009; SILVA, 2008).

“[...] a médica ensinou que todo dia eu aumentasse um poquim [a quantidade do complemento], aí eu via que ele não tava matando a fome dele [risos]... Ele começou com trinta, mas lá [na maternidade] ele tomava trinta e quatro, aí aqui ele mamava, mamava, mamava era muito, aí agora... que ela disse que era cum trinta, e eu fui aumentando, fui aumentando, já tá cum cento e vinte [...]” Mãe 9

A anuência, por parte dos profissionais, quanto ao aleitamento misto dos bebês egressos da maternidade foi causa de críticas por profissionais de saúde, dentro de outros serviços do sistema de saúde municipal de Fortaleza (como nos sugere a fala abaixo). Entendemos que a possibilidade da amamentação exclusiva só foi descartada quando a mãe realmente não obtivera sucesso no processo de lactação e relactação implementados durante a internação, mas reconhecemos que as mulheres que deixaram a maternidade em amamentação

mista foram as mesmas a utilizar outros tipos de leite na alimentação de seus filhos, inclusive os mingaus.

“[...] as enfermeira aqui do posto criticou muito: como era que a maternidade-escola, uma maternidade muito famosa ia passar o complemento; aí, ela num entende, porque isso aí, ela já fez isso aí porque no caso dele não sugar o leite, aí ia deixar o menino morrer de se esgoelar, morrer de chorar?” Mãe 11

4.2.4.4 O cansaço materno e a incapacidade de amamentar

Além das preocupações pertinentes à situação vivenciada pelo parto prematuro, o cansaço e o estresse, associados às noites mal-dormidas, bem como a separação física causada pela internação do bebê dificultaram ainda mais aquela que deveria ser a tarefa mais natural e mais prazerosa assumida pela mulher que dá à luz: a amamentação (CALLEN e PINELLI, 2005 *apud* AQUINO e OSÓRIO, 2008; SANTORO Jr. e MARTINEZ, 2007).

Muitas das mães de nossa pesquisa relataram a diminuição da produção láctea nos momentos de maior fadiga e estresse, recorrendo sempre à complementação com fórmulas artificiais, ao passo que as mulheres que já utilizavam a amamentação combinada, ou exclusivamente as fórmulas artificiais, sentiam-se mais seguras em fazê-lo por saber que o bebê utilizara a fórmula durante a internação e que a mesma seguia orientações médicas:

“[...] E eu não quero isso [parar de amamentar], eu quero ter mais [leite], não é? Então, eu procuro fazer assim, só dar em último caso mesmo, como complemento ou, então, quando eu não tenho mesmo... assim, por exemplo, quando eu tô cansada e tal, ou então assim, às vezes eu tô muito preocupada e aí que o leite não desce e aí, pronto, lá vai eu fazer mamadeira...” Mãe 6

“[...] ela ficava chorando de fome, dava pra notar o sofrimento da bixinha... E foi que eu tomei uns quinze dia esse remédio [Domperidona], mas num fez efeito não [balança negativamente a cabeça]. E eu já tava vendo ela tomar na chuquinha lá [na maternidade] e nunca teve nada, aí eu dei o leite em casa também.” Mãe 1

A maior preocupação, no caso da complementação alimentar do bebê prematuro, é que o uso de mamadeiras provoque a confusão de bicos, assim como uma diminuição da produção láctea em decorrência de uma menor frequência e duração das mamadas (AQUINO e OSÓRIO, 2008; LIMA e MELO, 2008; SANCHES, 2004; SCOCHI *et al*, 2003; VICTORA *et al*, 1997 *apud* FRANCO *et al*, 2008). Vale salientar, entretanto, que pesquisas recentes têm sugerido a inexistência de evidências consistentes a respeito do denominado “fenômeno de confusão de bicos” (WHO, 1990, NEIFERT, LAWRENCE e SEACAT, 1995, ROCHA, MARTINEZ e JORGE, 2002 *apud* PEDRAS, PINTO e MEZZACAPPA, 2008).

As mães (três mulheres) que não amamentavam seus filhos em nenhum horário do dia, no momento da entrevista, já haviam deixado a maternidade-escola sem fazê-lo, relatando a impossibilidade de estar continuamente com seus bebês durante o período da internação dos mesmos e o fracasso na tentativa de relactação através do uso das drogas prescritas:

“[...] Eu ainda tentei tirar o leite pra dar do meu, mas era muito pouco... Como eu ia trabalhar, eu num tinha tempo, eu passava o dia todim trabalhando, eu trabalhava de oito da manhã até as seis da noite. Aí eu num tinha tempo de tá tentando tirar leite...”
Mãe 7

Outra importante revelação nas falas maternas, que causa extrema preocupação, é o uso corrente do “mingau” na complementação alimentar do bebê prematuro. Reflexo da cultura de cada mulher, de sua situação financeira, das influências de parentes e amigos e do próprio cansaço, algumas mães assumiram estar utilizando mingaus à base de leites e farináceos mais baratos que aqueles recomendados à alimentação da criança prematura imaginando, ainda, que os mesmos estavam trazendo bem-estar a seus bebês :

“[...] eu comecei a dar o mingau... E deu certo [...] E ele melhorou, entende, porque a gente dava o Ninho ele ficava se espremendo chega ficava vermelho... Pra poder fazer cocô... e fazia; aí ele [aponta para o companheiro] dizia: nequinha, tá bom de trocar esse leite aí! Dá o Itambé pra ver qual é... Aí eu peguei e dei, pra ver, e aí ele ficou normal, cagando normal, fazendo normalzim agora... deu certo!” Mãe 10

Levantam-se aqui questões pertinentes a todos os profissionais que lidam diariamente com o seguimento da díade mãe-bebê prematuro após a alta hospitalar: parece necessário repensar as decisões e orientações acerca da importância da amamentação, para que mulheres nesta mesma situação possam superar desafios e oferecer exclusivamente o leite materno ao seu filho. Neste mesmo sentido, os obstáculos na comunicação, durante as consultas no follow-up, precisam ser superados para que os profissionais de saúde consigam desvelar a dificuldade enfrentada na amamentação exclusiva também após a alta hospitalar.

4.2.5 Cuidados em domicílio

Apesar de diversos trabalhos citarem a necessidade de preparar mães e familiares para o cuidado domiciliar do bebê nascido prematuramente, um número ínfimo de estudos tem investigado a realidade vivenciada pela mãe após a alta hospitalar, diante das imposições proporcionadas pelo cuidado diário com o bebê em seu domicílio (COUTO, 2009; MORAIS, QUIRINO e ALMEIDA, 2009; SOARES, 2006; VIERA e MELLO, 2009), ao passo que

alguns profissionais parecem continuar desconhecendo a dificuldade relatada por mães (de nosso estudo e de outros) quanto ao cuidado prestado ao bebê nos espaços extramuros da maternidade.

Nossa experiência em campo demonstrou que as orientações transmitidas durante o período da internação não conseguiram sanar as dúvidas maternas, nem tampouco diminuir a ansiedade e insegurança a respeito do retorno ao domicílio, como nos sugerem as falas a seguir:

“[...] mas eu ainda ficava com medo dele vim pra casa e passar mal, e num ter como socorrer ele. Porque lá [na maternidade] é bem rapidim, eles socorre bem rapidim, e aqui em casa não...” Mãe 9

“Pensava: quando chegar em casa agora vai ser só a misericórdia [risos], noites e noites acordada, pra saber o que é mãe...” Mãe 10

Em seu estudo sobre a vivência materna no cuidado domiciliar da criança nascida prematuramente, Couto (2009) percebeu que o desejo de ver o filho receber alta confunde-se com sentimentos de ansiedade, medo e insegurança em assumir os cuidados em domicílio. Por sua vez, Gaíva e Scochi (2005) indicam a necessidade de preparar estas mulheres para o cuidado com o filho após a alta hospitalar, tendo em vista que elas não conseguem participar efetivamente do cuidado durante o período de internação do bebê na UTIN, enquanto Moraes, Quirino e Almeida (2009) nos lembram que este treinamento da mãe deve acontecer durante toda a internação do bebê, para que elas desenvolvam suas habilidades e possam receber conhecimentos específicos.

Por questões didáticas, exploramos as vivências maternas no cuidado com o bebê em domicílio através das subcategorias abaixo, abordando, inicialmente, as dificuldades enfrentadas e, por último, as estratégias de superação das mesmas:

4.2.5.1 Insegurança inicial

Após a alta hospitalar e o retorno para casa com os filhos nos braços, todas as mulheres referiram algum tipo e/ou grau de insegurança nos primeiros dias de cuidados com o bebê havendo, inclusive, casos de retorno ao hospital desnecessariamente, tamanho foi o pavor que algumas mães apresentaram diante de um possível agravo no quadro clínico do filho:

“[...] Eu quis ir logo [para um hospital]... Quando ele começou com esse ronca-ronca... Depois, a doutora, essa doutora do follow-up, ela é muito boa, eu gosto muito dela, ela falou assim, que isso era normal, esse ronca-ronca dele e aí, quer dizer, passou por muito sofrimento no Alberto Sabin, que é um hospital cheio demais. Cheio... a doutora nem consultou ele direito, passou um monte de remédio pra ele, desnecessário, e ele tomou porque eu dei... e ele nem, nem precisava ter passado por aquilo. Mas aí eu já tinha... pensava assim: é melhor ir do que ficar esperando e acontecesse uma coisa pior...” Mãe 6

De maneira semelhante ao que apontamos anteriormente, Gaíva e Ferriani (2001, *apud* MORAIS, QUIRINO e ALMEIDA, 2009), salientam que o cuidado em domicílio envolve também o medo da criança adoecer ou ter complicações graves, porque pais e mães consideram o bebê frágil e indefeso quando comparado a uma criança a termo, o que interfere nos hábitos e rotinas de todos os membros da família.

Os primeiros dias com o bebê após a alta caracterizaram um desafio novo às mães e pais, tendo em vista que, em sentido inverso ao de grande parte dos casais com filhos recém-nascidos, as mulheres por nós entrevistadas (e seus cônjuges) evitaram ao máximo as visitas informais e o acúmulo de pessoas em suas casas, na tentativa de diminuir riscos à saúde do filho recém-chegado da maternidade.

“[...] as pessoas que chegam aqui têm que passar um tempo aqui [referindo-se à sala de visitas], depois vai lá pra dentro [aponta o quarto], tem que lavar as mãos; a gente tentou passar isso pro pessoal, só que quando a gente mostrou, assim, que poucas pessoas podem vir aqui, a vizinhança interpretou tipo: não vamos aparecer!...” Mãe 8

“Eu só não queria muita gente pegando, porque tem gente que gosta [...] Eu ainda num andei pra lugar nenhum com ela... Só fico em casa porque, às vezes, eu ainda tenho medo dela adoecer... Quando tem alguém gripado em casa, ou quando querem beijar ela e não pode...” Mãe 2

A primeira semana da criança após a alta hospitalar é caracterizada por Viera e Mello (2009) como um período crítico em que ocorrem duas adaptações: a adaptação da criança em sua casa e dos pais à rotina de cuidados com o bebê pré-termo em domicílio. Ponderando sobre isto, Couto (2009) defende que o ambiente domiciliar proporciona uma maior vinculação com o bebê e, conseqüentemente, uma adaptação progressiva às suas necessidades; contudo, Simioni e Geib (2008) afirmam que algumas mães e pais necessitam de ajuda especial no cuidado com o bebê na volta para casa, sendo incapazes de prestar estes primeiros cuidados sozinhos. Uma de nossas entrevistadas exemplifica bem esta insegurança:

“Ai, o primeiro banho da X [nome da filha] eu me tremi da cabeça aos pés e quem deu foi ele [apontando para o marido]! Vamo dar banho na X e eu: ave, vô não, não rapaz... tem a enfermeira aqui, a vizinha aqui, ela pode dar o banho! [...]” Mãe 8

As falas relacionadas aos primeiros dias da criança em casa revelaram, também, as marcas deixadas pelo longo período de internação do filho, especialmente se a mãe presenciara recaídas no seu quadro clínico. Além da preocupação do contato com pessoas doentes, os discursos apontaram o cuidado que estas mulheres dedicaram ao ambiente da casa, e mais ainda, ao quarto da criança. Grande parte delas fazia questão de mostrar onde e como o bebê dormia e passava grande parte do dia, apresentando sempre berços caprichosamente arrumados e utensílios devidamente protegidos de poeira e insetos.

Havia, entre todas as mães, uma expectativa em relação ao primeiro mês do bebê em domicílio, como um marco de passagem entre um período de maior instabilidade da criança e uma nova rotina familiar livre de ansiedades; os excertos nos fazem interpretar que, de alguma forma, as orientações recebidas durante a internação direcionavam-se a um maior cuidado nos primeiros momentos do bebê junto à sua família:

“[...] o cuidado é bem mais do que uma criança de nove meses. As crianças de nove meses, o povo tem costume de botar no braço e ficar balançando, uma prematura já num pode, que já tem esse problema de regurgitação. Outra coisa também, tudo, pegou num celular... as mãos tem que tá sempre lavando devido o risco de infecção; aqui quem chega eu fico direto: tem que lavar as mãos! Tem que pedir: tá no celular, vai pegar neles, tem que lavar as mãos! Às vezes o povo faz: ai, porque é muito chato, é besta, é isso, é aquilo... Mas por enquanto, até eles completarem um mês que tiverem aqui, que até um mês é essa preparação toda em casa; depois eu vou liberando aos poucos, igual ensinaram lá no canguru... Mãe 5

“Mas quando eu cheguei em casa tava paranóica, assim... só pensando como era... aí o X [esposo] dizia que num podia vir ninguém e se viesse alguém era pra botar a máscara, era essas coisa tudo [risos].” Mãe 9

4.2.5.2 Higiene do bebê

As orientações recebidas durante os momentos que antecediam a alta do bebê ou no período de internação do mesmo estavam sempre relacionadas à alimentação ou aos cuidados com a higiene do recém-nascido. As mães entrevistadas também descreveram instruções sobre a rotina de medicações e a marcação da primeira consulta de seguimento da criança na própria maternidade. Citaram, além das orientações verbais, a utilização freqüente de um panfleto distribuído no momento da alta, ao qual recorriam diante de dúvidas mais simples.

“[...] no dia que a gente foi buscar a X [nome da filha], ela [a enfermeira] passou todos os procedimentos assim: ela vai tomar Protovit, ela vai tomar isso, o leite é

esse... não ficou nenhuma dúvida! É assim, assim, e pronto! E foi feito com a X desse jeito! Tomando o leite de duas em duas horas, dá o banho assim, cuida dessa maneira...” Mãe 8

É importante salientar aqui que, algumas mulheres negaram a orientação estruturada sobre os procedimentos a serem adotados na higiene do bebê após a alta, evidenciando que esses cuidados eram apenas realizados pelos profissionais durante a internação e que as mesmas terminavam reproduzindo o que viam ou o que pessoas próximas sugeriam.

“[...] pra cuidar mesmo, eu via como era que as enfermeiras fazia, trocava ela, aí eu mesmo fui cuidando dela, assim... ninguém me ensinou não...” Mãe 2

“[...] a TO [terapeuta ocupacional], me ensinou a estimular ela, assim, no pescoço dela e tudo. Botar ela emborcadinha um pedacinho [...] Mas também foi só ela quem me disse isso, ninguém mais me ensinou nada não... Nos outros lugares, foi só consulta mesmo, só avaliação! Mãe 7

Independentemente do tipo de orientação que reconheciam ter recebido antes da alta hospitalar, as dúvidas em relação à higiene do bebê geraram profunda preocupação nas mulheres entrevistadas, especialmente naquelas que não tiveram oportunidade de cuidar efetivamente de seu bebê durante o período da internação do mesmo. O momento do banho, talvez até por ter sido pouco vivenciado durante a internação, sempre esteve associado à necessidade de maior apoio familiar, havendo mães que não conseguiram fazê-lo. Muitos desafios estavam juntos: o bebê ainda pequeno, o medo de soltar a criança na banheira ou deixá-la cair dela, a possibilidade de entrar água no ouvido. Gradativamente, à medida que o bebê ganhava peso e que a experiência de banhar passava a fazer parte do cotidiano da díade mãe-bebê, o medo e a ansiedade foram superados.

“[...] Cuidei de tudo e minha mãe veio pra dar o banho [risos]. Mas tudo foi fácil, depois ela veio e mostrou como fazia tudo direitim, aí eu passei uns dia olhando e depois eu fiquei dando o banho também [...]” Mãe 10

“[...] O banho [risos], vixe, o primeiro banho era eu e ela [as duas riem], ela [a sogra] segurava e eu passava sabonete [muitos risos], porque ela era muito pequena, fazia era medo de pegar [mais risos]. Uma num dava conta não...” Mãe 7

“[...] ainda não dei [banho] e vai demorar também, porque isso é certeza; pra mim é o banho [a parte mais difícil do cuidado em domicílio], porque eu tenho medo de escorregar, de tão pequena que é, de escorregar do meu braço e bater a cabecinha ali e tudo...” Mãe 8

As dificuldades com o manuseio da criança durante o banho e a troca de roupas também foram identificadas em estudos anteriores ao nosso (FELICIANO, 1999 *apud*

COUTO, 2009). Sob este mesmo aspecto, Gaíva e Scochi (2005) investigaram uma UTIN que prestava treinamento individualizado sobre os cuidados de higiene e alimentação da criança às mães de bebês prematuros com alta hospitalar provável, percebendo que aquelas mulheres conseguiam desenvolver a atividade em domicílio.

Vale ressaltar que, em nossas entrevistas, as descrições sobre as orientações recebidas quanto à higiene do bebê variaram muito, não apenas quanto à presença ou ausência das mesmas, mas em relação à estruturação e conteúdo de cada uma. Pudemos observar que algumas mães aprenderam (ou interpretaram) que os banhos diários deveriam ser limitados devido à fragilidade da criança, enquanto outras foram orientadas a banhar seu bebê à vontade, na dependência da temperatura do ambiente, ao passo que uma fala sugeriu a orientação do banho de algodão. Mais uma vez, os discursos pareceram depender das enfermarias nas quais a criança esteve internada e dos profissionais com os quais sua mãe interagiu mais:

“[...] ela [a enfermeira, no momento da alta hospitalar]: olha, não pode dar banho todo dia! Assim, poder, pode, só se tiver muito quente, porque, ele perde peso, perde muita energia pra se esquentar, voltar à temperatura, e acaba perdendo, acaba perdendo peso e isso não vai ser bom pra ele! Aí ela foi falou isso pra mim, eu falei: pronto, agora vai ser um banho dia sim, dia não, pra dar pra ele...” Mãe 6

“[...] quando tá assim muito calor, eu tiro a roupinha e deixo só de fraldinha, dou dois banhos por dia [...]” Mãe 5

“[...] o banho num é aquele ainda... de botar na banheira e dar aquele, é, é... passar o algodão, aquela coisinha toda...” Mãe 8

Mesmo não havendo uma padronização quanto ao treinamento das mães para a alta, muitas mulheres de nossa pesquisa descreveram momentos de orientações específicas sobre o cuidado com o bebê durante o período de internação do mesmo ou anteriormente à sua alta hospitalar; contudo, as reclamações maternas acerca do “ronco” que seus bebês apresentavam sugerem que algumas características importantes do recém-nascido prematuro deixaram de ser contempladas pelos profissionais que assistiram a díade mãe-bebê:

“[...] ele num teve nada não [falando sobre a saúde do bebê após a alta], só tem um cansaço no peito, um roncado assim no peito, direto, direto, que eu noto que ele se perturba com isso ele... [riso] Todo cansado, que fica inquieto!” Mãe 11

“[...] aí quando ele começou com o ronca-ronca [referindo-se ao filho prematuro], aí eu já desesperada pensando que ele tava com pneumonia também, lá vai o menino bater raio-X [...] não tava com nada...” Mãe 6

Diversos estudos têm afirmado que a criança nascida prematuramente apresenta

uma maior frequência de dificuldade respiratória, sibilos e tosse crônica, o que pode causar cansaço, desconforto respiratório e internações recorrentes (ANAND *et al*, 2003 *apud* CHALFUN *et al*, 2009; GREENOUGH *et al*, 2005; HOLDITCH-DAVIS *et al*, 2008). Imaginamos que, ao reclamarem de “roncos” e cansaço, as mulheres de nosso estudo referiam-se à obstrução nasal que porventura o bebê apresentasse.

É importante salientar, aqui, que estas mulheres, ao deixar de receber orientação adequada acerca dos desconfortos respiratórios do bebê prematuro, terminavam utilizando desnecessariamente os serviços de urgência e emergência da rede pública, expondo seus filhos ao risco de infecções dos ambientes hospitalares e sobrecarregando o sistema de saúde.

Assim sendo, percebemos que as dificuldades de quem enfrenta o parto prematuro não findam no momento da alta hospitalar ou diante da estabilização do quadro clínico da criança. As mulheres por nós entrevistadas enfrentaram diversos desafios após a alta e suas falas traduzem um pouco do medo que cada uma carregava ao deixar a maternidade:

“Ih, eu pensava tanta coisa... como era que eu ia cuidar, o que ia acontecer quando a gente saísse de lá, tanta coisa...” Mãe 2

“[...] eu pensava: ai quando chegar em casa como é que vai ser, como é que ele vai, se ele vai se acostumar [...]” Mãe 3

Diante das dificuldades enfrentadas pelas mulheres de nossa pesquisa, em relação aos cuidados com a higiene de seus bebês em domicílio, anuímos o pensamento de Morais, Quirino e Almeida (2009, p. 29) de que o profissional de saúde “deve desenvolver as ações de cuidado do filho com as mães, em vez de para as mães, dando-lhes oportunidade para falarem sobre o medo, a ansiedade e insegurança para cuidar do filho”.

4.2.5.3 Estratégias de superação

Os obstáculos surgidos na internação e, especialmente, após a alta hospitalar, desencadearam a necessidade de suporte prático e apoio emocional entre nossas entrevistadas que descreveram ter recebido auxílio da equipe de profissionais, mas também, e principalmente, de sua rede de amigos e parentes.

“[...] Mas minha mãe disse que dava pra mudar [o leite Nan], e eu mudei... ela mudou! Eu nem pergunto a outra pessoa, só a ela [...] sempre que eu tenho qualquer dúvida, porque ela tem experiência [...]” Mãe 4

Percebemos que a opinião dos profissionais fora imprescindível durante o

primeiro contato com o bebê recém-nascido - como discorremos na subcategoria 5.2.2.2 -, mas a necessidade de apoio psicológico, emocional e prático foi uma constante na vida destas mulheres (desde o parto prematuro e, especialmente, no período inicial do pós-alta) e é a respeito das fontes desse apoio e da sua influência na superação dos desafios impostos que tratamos agora.

Enquanto Souza *et al* (2007) observaram que as mães encontram apoio e escuta no suporte familiar, na fé⁷, na interação com outras mães que vivem situações semelhantes e nas palavras de alguns profissionais, Simioni e Geib (2008) enfatizam que o apoio social - efetivado pelas relações benéficas e construtivas com familiares, amigos e vizinhos - é mediado pelo cuidado à mãe e ao pai e representa uma possibilidade de cuidado e amparo também à criança nascida prematura.

Nossa experiência corrobora o pensamento de Souza *et al* (2007) já que nossas entrevistadas também buscaram apoio no suporte familiar, na fé, em outras mães de prematuros e em alguns profissionais, porém, a fé foi a estratégia à qual as mães mais recorreram durante os períodos de maior aflição. Diante de uma situação extremamente difícil e percebendo que a recuperação do bebê já não dependia apenas de seu esforço e dedicação, a figura de um Deus onipotente fez-lhes manter a esperança na recuperação do seu bebê:

“Ia lá e ficava... ficava rezando pra ela sair logo daquele negócio [riso envergonhado] que tava lá... mas ela saiu logo...” Mãe 2

“[...] Mas eu entreguei na mão de Deus, seja o que Deus quiser, porque o meu maior medo era eu vim pra cá e ele parar no hospital e ser internado de novo [...]” Mãe 6

Até mesmo os profissionais da maternidade incentivavam a fé materna para demonstrar que nem tudo dependia apenas do trabalho técnico:

“Aí todo dia eu ia, falava cum os médico e os médico dizia: minha filha, só Deus mesmo, porque o que nós puder fazer cum ele aqui debaixo nós faz, mas você fale com Ele [ela aponta para o céu] lá de cima... Aí... todo dia eu rezava [risos], eu pedia a Deus pra ele ficar bom! [...]” Mãe 9

Como nos expõe Batista (2004, p. 584), “no amplo universo do sagrado, a reciprocidade de trocas entre o humano e o divino indicam a invocação pela recuperação da saúde física e da estabilidade emocional diante da vivência religiosa”. De forma semelhante à nossa, outras pesquisas também identificaram a importância da fé, ou da religiosidade em si,

⁷ Ao identificar a fé como estratégia de apoio, o autor refere-se aos aspectos relacionados à crença e à religiosidade individuais, sempre presentes nos discursos investigados.

nos momentos mais difíceis da experiência materna/paterna com o filho prematuro, como um instrumento importante de auxílio e conforto (BRAGA, MACHADO e BOSI, 2008; COUTO, 2009; TRONCHIN e TSUNECHIRO, 2006).

O apoio de outras mulheres em situação semelhante à vivenciada pelas mães de nossa pesquisa também se revelou extremamente importante no suporte emocional e prático de nossas entrevistadas:

“[...] também a relação com as outras mãe é muito bom! Até depois da alta, quando a gente vai pro follow-up, a gente mantém essa amizade, a relação, sabe, porque inclusive elas tão marcada pro mesmo dia que eu... vira um encontro [risos]” Mãe 7

“Quando uma [mãe] tinha dúvida corria pra falar com a outra e quando a gente ia pra consulta do follow-up encontrava com ela lá, aí ela dizia que trocou o leite do menino, que também o menino tava se espremendo [...]” Mãe 4

“E às vezes, também, quando o X [nome do filho] piorava e eu começava a chorar, elas [as outras mães] já vinha e já ajudava [...]” Mãe 9

Contudo, é necessário percebermos que o suporte entre estas mães durante e após a alta aconteceu sem nenhuma organização formal de apoio técnico e, da mesma maneira que significou o amparo emocional tão enaltecido pelas mulheres, também contribuiu para a adoção de condutas prejudiciais à saúde dos bebês, como no caso dos conselhos sobre a mudança do leite Nan e o uso do mingau.

Morais, Quirino e Almeida (2009) enfatizam que há um suporte social que auxilia a mãe a cuidar do bebê em domicílio, envolvendo a família, os serviços de assistência, o amparo social, educativo, espiritual e de saúde, mas que avós e pais ajudam no cuidado de forma indireta, auxiliariamente. Em nossa experiência, havia tanto exemplos do suporte auxiliar, como avós e pais que assumiram (ou dividiram com as mães) o cuidado integral da criança após o retorno da mãe à sua atividade profissional. Percebemos que as duas situações foram imprescindíveis à capacidade materna de suprir as necessidades do bebê em domicílio:

“Como eu moro aqui com minha sogra, ela me ajuda muito, a minha mãe também vem aqui pra ajudar também, mas eu é que tomo conta dela...” Mãe 7

“Ai, o pai ajuda demais [...] até agora tá dando certo pra cuidar dele, a gente se revezando [o pai cuida pela manhã enquanto a mãe trabalha fora e à tarde, é ele quem vai trabalhar]... Na verdade, desde que eu cheguei da maternidade, só é ele mesmo que tem me ajudado” Mãe 9

Além de Moraes, Quirino e Almeida (2009), outros autores também têm citado o apoio informal, provido por familiares, amigos e vizinhos, como importantíssimo no

enfrentamento das dificuldades de adaptação dos cuidados em domicílio (COUTO, 2009; SILVA, 2008; SIMIONI e GEIB, 2008; SOUZA *et al*, 2007). Torna-se válido salientar que Tronchin e Tsunehiro (2006) identificaram que os familiares e amigos que visitam a criança recém-chegada em seu domicílio trazem aspectos temerosos ou excesso de cuidado com o prematuro, tendo em vista que o contexto sociocultural está impregnado do simbolismo advindo do desconhecimento e das crenças acerca do nascimento prematuro.

Em nossa experiência, as mães também relataram comentários temerosos por parte de amigos, sendo que, como dito anteriormente, elas evitavam receber visitas no período inicial do pós-alta e apenas uma das entrevistadas começou a sair de casa com o bebê antes do primeiro mês de sua alta hospitalar, o que diminuiu a possibilidade de encontros informais enquanto o bebê ainda parecia extremamente frágil aos olhos dos pais e o processo de adaptação da rotina familiar à sua presença ainda estava sendo iniciado:

“A gente já começou a passear na rua com ele, mas também a gente nunca teve esses medo que as outra mãe tem não... Nem eu, nem ele [aponta para o companheiro]. Porque teve uma colega minha que disse: mulher, tu passa um mês todim dentro de casa cum ele, num deixa ninguém ver ele, num deixa ninguém tocar nele...” Mãe 10

Muitos estudos salientam também a importância do apoio profissional para que a mãe consiga desenvolver o cuidado domiciliar adequadamente (LOPES, MOTA e COLEHO, 2007 *apud* COUTO, 2009; SILVA, 2008), porém apenas uma das mulheres de nossa pesquisa expôs, clara e diretamente, a importância desse apoio após a alta:

“[...] tudo [em relação às dúvidas sobre o cuidado domiciliar] eu pergunto pra doutora nas visitas e ela me explica bem direitinho!” Mãe 6

De maneira semelhante ao que encontramos, Simioni e Geib (2008, p. 550) identificaram que as orientações técnicas (fornecidas pelos profissionais de saúde) são resolutivas quanto às dificuldades no cuidado, porém as mulheres buscam e valorizam muito mais a experiência de familiares, “revelando a centralidade da família na produção do cuidado na linha das relações sociais”.

A influência do apoio ofertado às mães tem sido tema de muitos estudos também sobre a alimentação do bebê prematuro, revelando que a manutenção da amamentação ao seio após a alta hospitalar (e durante o período da internação) está diretamente associada ao apoio e orientação recebidos pelas mães (BRAGA, MACHADO e BOSI, 2008; GAÍVA e SCOCHI, 2005; LIMA e MELO, 2008; MACHADO e BOSI, 2008; NASCIMENTO e ISSLER, 2004;

SANTORO Jr. e MARTINEZ, 2007).

4.2.6 O follow-up do bebê e as sugestões maternas

Superados os aspectos relacionados ao cuidado com a higiene e alimentação do bebê prematuro extremo após a alta hospitalar, as entrevistas revelaram também que, entre os desafios enfrentados por mães e familiares do bebê egresso da UTIN da maternidade Assis Chateaubriand (e, porque não, de todos aqueles usuários do SUS de nosso país), evidenciou-se a dificuldade de seguimento desses mesmos atores pelo serviço público de saúde.

A respeito do itinerário materno dentro do sistema de saúde após a alta hospitalar, observamos que muitas mulheres optaram pelo plano de saúde para garantir um melhor acompanhamento de seus filhos diante de possíveis intercorrências.

“[...] até hoje, todo o tratamento dela foi só na maternidade... Eu fui pro Albert Sabin porque ela num tava com o plano ainda, mas agora, como ela já tem o plano, é em outro hospital que eu vou levar se acontecer qualquer coisa... A família toda decidiu isso do plano, pra ter como escolher um lugar pra consultar, sabe, porque como ela é uma menina muito prematura ninguém sabe o que é que pode acontecer...” Mãe 7

“[...] eu vou abrir um plano pra eles... é melhor! Porque posto de saúde pra ir com um já é complicado, com dois nem se fala... Mas aqui perto tem o Filgueiras, mas eu nunca recebi nem vi nenhum agente de saúde por aqui não... Eu só ia conseguir uma consulta se eu fosse mesmo lá.” Mãe 5

À semelhança do que encontramos, Dias e Deslandes (2006), investigando a expectativa sobre a assistência ao parto de usuárias do SUS, identificaram que as mulheres por eles entrevistadas desconfiavam dos serviços públicos de saúde devido à contradição entre as histórias contadas por outras mulheres que utilizaram os mesmos serviços anteriormente, enquanto Viera e Mello (2009) afirmaram que as famílias de sua pesquisa sentiram-se inseguras por identificarem lacunas no atendimento oferecido pelo serviço público de saúde ao bebê prematuro e baixo-peso.

Em nossa pesquisa, as mães relataram que essa desconfiança partiu, muitas vezes, dos profissionais da maternidade, como nos sugere o excerto abaixo:

“[...] mas eu não confio muito no posto não [para fazer o acompanhamento das crianças no serviço de puericultura], que a mulher disse que é melhor ir na maternidade-escola do que aqui no posto, as enfermeira mesmo de lá [da maternidade]. A doutora também, lá do follow-up, ela disse que é melhor ir lá na maternidade do que no posto...” Mãe 4

Outro aspecto relevante a respeito do seguimento oferecido pelo sistema de saúde, percebido durante as entrevistas, foi que os postos de saúde, mesmo tendo sido utilizados durante o pré-natal por algumas das mulheres de nosso estudo, só passavam a fazer parte do cotidiano de atendimento do bebê e de sua mãe após a alta hospitalar quando não havia condições financeiras de providenciar um plano de saúde privado ou na ocasião da vacinação do bebê.

A visita domiciliar - que deveria ser efetuada por agentes comunitários de saúde - não fez parte do imaginário, nem tampouco da realidade vivida pelas mulheres de nosso estudo (apenas três delas relataram a possibilidade de uma visita, mesmo que esta ainda não tivesse acontecido no momento de nossa entrevista), ao passo que o posto de saúde - diante de uma complicação com o estado de saúde do bebê - só fora a opção de assistência escolhida por uma das mães entrevistadas, sugerindo o desconhecimento destas mulheres a respeito dos princípios norteadores do PSF.

“[...] quando eu voltei [após a alta hospitalar do bebê], a médica [do posto de saúde próximo de sua casa] que fez meu pré-natal viu ele, aí disse que ia ficar vendo ele até um ano! Aí, como ela um dia marcou a consulta e no dia ela num foi, só fiz eu perder meu dia com ele, aí eu num fui mais não! E nem a agente de saúde veio...”
Mãe 9

Além disso, algumas mulheres decidiram fazer o plano de saúde porque, diante de uma urgência médica - fosse um agravo real ou uma necessidade percebida pela mãe - a qualidade do atendimento recebido nos serviços de urgência e emergência credenciados ao SUS não atendeu às expectativas maternas:

“[...] a minha prima, ela falou que é o melhor hospital de criança que tem aqui [referindo-se ao Albert Sabin]... Só que quando eu cheguei lá, eu não gostei do atendimento não... porque eu falava pra todo mundo que me atendia: olha, ele é prematuro, ele é prematuro... Ninguém olhou a ficha dele com o histórico e quando chegou lá, na hora da doutora examinar ele, ela nem... ela só olhou a garganta, ela num... num ouviu com aquele aparelho, o pulmão, aí mandou fazer raio-X, fez raio-X desnecessário, num tava com nada, era só parar pra ouvir [...]” Mãe 6

A importância do seguimento da criança nascida prematuramente após a alta hospitalar até a idade escolar tem sido apontada por diversos estudos, mas os autores têm destacado que o seguimento e suporte adequado a estes bebês constituem um grande desafio em nosso meio (CARVALHO e GOMES, 2005; MORAIS, QUIRINO e ALMEIDA, 2009). Rugolo *et al* (2007) alertam-nos, inclusive, quanto à escassez de pesquisas científicas sobre seguimento de prematuros extremos por períodos longos e com uma população abrangente,

indicando a necessidade, também, de que os profissionais se disponham a realizar o seguimento destas crianças a longo prazo, para que possam ampliar o conhecimento acerca do prognóstico destes bebês.

Morais, Aquino e Almeida (2009) perceberam, em sua pesquisa, que a periodicidade das consultas e exames só acontece de forma satisfatória no sistema de saúde privado, ao passo que a inexistência de políticas públicas que dêem suporte ao acompanhamento dos prematuros resulta em um segmento ineficaz e expõe a criança RNPT a um maior risco de morbimortalidade. Nesse ínterim, Viera e Mello (2009) identificaram que a falta de um contato próximo entre a família e a equipe da atenção básica à saúde (ABS) dificulta o acompanhamento do bebê prematuro e baixo-peso nos serviços de saúde de sua comunidade, favorecendo o surgimento de dúvidas na família em relação à qualidade do serviço e impossibilitando-a de receber acompanhamento técnico nos primeiros meses do bebê após a alta.

Entre nossas entrevistadas, exceto aquelas cujo pré-natal fora realizado nas unidades básicas de saúde do município (UBS), havia um distanciamento e desconhecimento em relação aos serviços oferecidos nestes centros de saúde:

“[...] mas tem posto de saúde aqui perto sim, mas é tão difícil as coisa lá, que... Até hoje mesmo, nunca veio ninguém aqui, pra saber dela, se tinha nascido, nada... Também que eu fiz meu pré-natal lá no Menino Jesus, aí eu num tinha nenhum vínculo com o posto...” Mãe 7

É importante salientar que as mães foram unânimes em elogiar o seguimento ambulatorial propiciado pela maternidade, mas não se sentiam seguras diante da possibilidade de intercorrências, já que entendiam (ou aprendiam) que as consultas só poderiam ser realizadas através de agendamento antecipado e como procedimento de rotina no acompanhamento do bebê prematuro extremo:

“[...] eu num tinha ainda a carteirinha dela do plano [de saúde], aí eu tive de levar ela pra lá... Porque antes eu peguei e fui lá pra maternidade-escola, entrei lá na assistente social e perguntei: não, é que ela tá tussindo muito, num sei o quê... aí ela pegou e disse: então vá lá pro Alberto Sabin, aí me deu o endereço [...]” Mãe 1

Outra ponderação necessária é que, acompanhando os elogios, era comum a ocorrência de reclamações acerca de algum serviço ou setor específico da maternidade-escola (mesmo que isso significasse, durante questionamentos sobre o seguimento do bebê após a alta, o retorno materno a algum período da internação). Estudiosos têm apontado a

necessidade de uma discussão acerca da qualidade da assistência prestada às mulheres nos serviços de saúde do Brasil (SERRUYA, CECATTI e LAGO, 2004) e é nesse escopo que optamos por aprofundar a investigação sobre as marcas negativas que a experiência da internação deixou em nossas entrevistadas, objetivando apontar - mesmo que de maneira resumida e primária - maneiras de aprimorar o serviço prestado a partir da perspectiva de quem vivenciou a internação.

A partir das falas, observamos que as sugestões de mudança concentravam-se, basicamente, na estrutura física, na intersubjetividade das relações entre profissionais e familiares do bebê e na organização burocrática do trabalho interno:

“[...] primeiro, a sala da amamentação, a sala em que a gente faz a ordenha, aquela sala podia ser maior, tinha que ser maior e agora eu nem sei como é que vai ser o processo porque a X [uma das técnicas de enfermagem], que atendia lá também, se aposentou e ficou só a Y [outra técnica] e a Y atende lá dia de terça e quinta, e sábado e nos outros dias não tem ninguém; eu por muitas vezes ordenei mãe lá, ensinei [...]” Mãe 6

“[...] Eu só tenho uma coisa a reclamar, de um dia lá que foi, eu acho que foi um sábado, que essa menina começou a chorar, ia dar onze horas da noite, ela ficou até três e meia da manhã chorando, ela não parava de chorar [...] Aí a gente [ela e uma auxiliar da enfermagem canguru] foi lá [no berçário] e elas não quiseram chamar as médicas que elas tavam dormindo, aí mandaram a gente ir lá pra sala de parto, lá em cima, procurar uma doutora lá da sala de parto, aí a gente foi lá, a doutora pegou [...] receitou um luftal. Quem disse que lá no hospital tinha luftal? Eu tive que mandar comprar na farmácia...” Mãe 7

“É aquela parte da enfermagem porque eu acho assim, independente se foi cesariana, se foi normal, se, se... é prematuro ou não, ou alguma coisa... após o parto, a pessoa precisa muito de um acompanhante, então, o privilégio quem tem é quem é de fora... quem é menor de idade e quem é do interior... então, essas pessoas têm o direito! Nada contra, beleza! Mas só que quem é daqui também precisa! [...]” Mãe 8

Em relação às sugestões de mudanças na estrutura física, todas as mulheres que vivenciaram a experiência da ordenha mamária durante a internação na maternidade-escola indicaram a necessidade de ampliação da sala de amamentação identificando, inclusive, o risco de contaminação do leite, enquanto o relato de uma delas chamou-nos atenção por dirigir-se a uma condição essencial aos estabelecimentos de saúde, alertando-nos sobre as dificuldades físicas que muitas mães têm enfrentado durante sua internação:

“[...] num tem apoio ali naquele corredor, então não tem apoio, o apoio que tem você encontra no banheiro; apoio pra ficar segurando pra sentar ou apoio pra ficar, pra tomar banho, mas no corredor você não encontra apoio nenhum, e ela tava lá se segurando nas paredes até chegar ao banheiro, morrendo de dor e não tinha quem ajudasse [...]” Mãe 8

A sugestão de um corrimão para servir de apoio às mulheres internadas nas enfermarias da maternidade demonstrou-se pertinente já que, sobre este mesmo aspecto, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), por meio da Resolução RDC nº 50/2002 (BRASIL, 2002), determina que ao menos um corrimão lateral esteja presente nos corredores destinados à circulação de pacientes. É possível que outras mães não tenham relatado tal necessidade porque não apresentaram um grau tão pronunciado de debilidade física a ponto de necessitarem de apoio para seu deslocamento pelos corredores das enfermarias.

Quanto à recorrência de reclamações sobre a sala de ordenha da maternidade, é imprescindível salientar que o manual técnico para o funcionamento dos BLH (Bancos de Leite Humano) considera a ordenha como uma atividade destinada, entre outras coisas, à manutenção da lactação em mães cujos bebês não conseguem sugar diretamente no seio materno, indicando que este procedimento deva ser realizado em ambiente tranquilo e confortável, que permita a acomodação da nutriz (BRASIL, 2008). Imaginamos que o insucesso do processo de lactação e relactação de algumas mulheres de nossa investigação possa estar associado também ao desconforto com o qual elas tiveram de conviver durante os momentos de ordenha, já que o reflexo da ocitocina depende também do estado de relaxamento e tranquilidade da mãe (ALENCAR, 2008).

Na acepção da intersubjetividade, discorrendo sobre o atendimento prestado à mulheres com pré-eclâmpsia que deram à luz bebês prematuros, Souza *et al* (2007) identificaram a necessidade de uma maior qualidade das informações repassadas às mães, apontando lacunas na relação entre os profissionais de saúde e as mulheres. Este tema já foi por nós trabalhado anteriormente, reaparecendo aqui com a única finalidade de demonstrar que as próprias mães identificaram a mudança na relação intersubjetiva entre profissionais e pacientes/familiares como uma possibilidade de aprimoramento do serviço de saúde lá dispensado.

É importante salientar que durante nossas visitas à maternidade (ainda nos primeiros contatos com o universo a ser investigado) observamos a sobrecarga de trabalho à qual os profissionais são submetidos, tendo em vista os quadros constantes de superlotação da UTIN. A esse respeito, Lamego, Deslandes e Moreira (2005) identificaram que o estresse, a sobrecarga de trabalho e a necessidade de um bom desempenho na realização dos procedimentos provocam a automatização do cuidado, mesmo que o profissional objetive uma atenção dirigida às necessidades individuais de cada bebê.

De forma semelhante, Rolim (2006, p. 160) afirma que “ao realizar os cuidados de

enfermagem, as participantes do estudo pareciam não refletir sobre alguns aspectos destacados neste trabalho (...)", salientando a necessidade constante do exercício de reflexão profissional com vistas à garantia da qualidade da assistência.

Quanto à organização interna do serviço prestado pela maternidade, as sugestões maternas circundaram sempre a necessidade de um acompanhante durante o período de internação da parturiente e/ou puérpera. Diante dessas observações, afloradas durante as narrativas sobre o parto em si e o puerpério, salientamos, mais uma vez, que estas mulheres têm o direito à companhia de um parente que lhe prestará apoio emocional, afetivo e físico, garantido pela Lei nº 11.108/2005. Entendemos, entretanto, que a maternidade pode não dispor de estrutura física adequada para acomodar, em suas enfermarias, um número ainda maior de pessoas (contabilizando-se pacientes e acompanhantes), mas reconhecemos, também, que a solidão que as mulheres de nossa pesquisa sentiram causou-lhes ainda mais sofrimento diante de um quadro já tão peculiar que é o TPP e todo o seu contexto.

Cabe ressaltar, aqui, que a discussão a respeito da qualidade do serviço prestado dentro da maternidade, bem como sua capacidade de suprir necessidades e produzir satisfação às mães de nossa pesquisa adentra o universo de debates acerca do "acesso" e da "utilização" dos serviços de saúde. Como estes são temas que extrapolam o objetivo do presente estudo, optamos apenas por anuir o pensamento de Travassos e Martins (2004, p. S193) de que "[...] mudanças positivas no estado de saúde dependem não apenas do acesso a procedimentos de saúde de reconhecida eficácia, porém [...] da adequação na realização do procedimento (qualidade técnica) [...]", lembrando que fatores individuais e internos ao próprio serviço de saúde interferem na qualidade da atenção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo das vivências - durante o período da internação e após a alta hospitalar - de mulheres que deram à luz bebês prematuros de muito baixo peso (<1.500g) e os acompanharam durante a internação na UTIN da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, o presente estudo buscou investigar os aspectos relacionados aos cuidados com a saúde e a nutrição dessas crianças, visando identificar lacunas no atendimento das díades mães-bebês prematuros e apontar maneiras de aprimorar o tratamento hospitalar, como também o seguimento delas após a alta.

Através de entrevistas semi-estruturadas, realizadas no domicílio das mães, as conversas a respeito do pré-natal, do parto e do nascimento prematuros revelaram que essas mulheres sofreram diversas vezes com a solidão, a insegurança e a falta de informação diante das intercorrências gravídicas e da fragilidade e instabilidade do filho extremamente prematuro e nos levam a considerar a pertinência de algumas ponderações finais.

Ao longo da análise das falas e suas significações, percebemos que, apesar de todas as mulheres terem realizado o pré-natal, a qualidade dos serviços impossibilitou que alguns sinais de risco fossem detectados precocemente ou que o direito ao acompanhante durante o parto fosse vivenciado por todas as mães de nosso estudo. O avanço tecnológico permitiu a sobrevivência de bebês extremamente prematuros ao nascer, mas não garantiu, em paralelo, relações intersubjetivas adequadas às necessidades emocionais e técnicas⁸ de nossas entrevistadas dentro do sistema de saúde.

O estudo evidenciou que, realmente, muito há de ser feito para que o sistema de referência e contra-referência ocorra de forma articulada e proporcione maior agilidade e comunicação entre os serviços antenais, o parto e o seguimento desses bebês.

À revelia das estratégias de humanização, implementadas pelos serviços públicos de saúde no atendimento à mulheres e recém-nascidos, prevaleceram atitudes veladas pelo silêncio das mães e a incompreensão de alguns profissionais, tanto durante o pré-natal como na internação e após a alta. Apesar da gratidão expressada por muitas mães a respeito da equipe que realizara o parto de seus bebês, as dúvidas e receios característicos do período da internação prolongaram-se e multiplicaram-se após a alta hospitalar do bebê e, neste momento, o apoio familiar tornou-se determinante nas decisões tomadas a respeito do cuidado domiciliar com a criança.

⁸ Entenda-se necessidade técnica como as dúvidas relacionadas aos procedimentos rotineiros do cuidado com o recém-nascido prematuro: banhar, vestir, estimular, segurar nos braços, etc.

Durante o período da internação, a experiência do cuidado variou muito na dependência das enfermarias pelas quais as mulheres passaram com seus bebês. Grande parte das mães relatou uma posição passiva no acompanhamento do estado de saúde do seu filho sem participar de quase nenhum procedimento do cuidado propriamente dito (como trocar fralda, banhar, etc), em parte, até, pela fragilidade de sua condição clínica. Este fato, contudo, nos leva a ponderar sobre a verdadeira participação materna no cuidado ao bebê internado em UTINs e nas implicações que a inexistência de atuação nesta fase do cuidado pode exercer após a alta, como percebemos quanto à incapacidade de muitas mulheres em conduzir o banho do bebê.

Entretanto, as falas nos sugeriram, também, uma ausência de orientações formalizadas a respeito do cuidar materno - denominado, por alguns autores, maternagem - tanto durante o período da internação quanto nos momentos que antecipavam a alta da maternidade. Em geral, apenas as mães que vivenciaram a experiência da internação na enfermaria Canguru conseguiram estabelecer condutas mais estruturadas de cuidado, explicando-nos que estes foram aprendidos durante o dia-a-dia com o bebê na enfermaria.

Assim, a ampliação da enfermaria Canguru parece ser uma ferramenta valiosa na preparação ao cuidado com o bebê extremamente prematuro, permitindo que um número maior de mães cujos filhos passaram pela UTIN (ou até a totalidade delas) possa usufruir dos benefícios de sua filosofia. Reconhecendo, contudo, as limitações físicas e financeiras de uma instituição pública, imaginamos que é possível, ao menos, uma padronização de vivências em relação aos cuidados com a higiene (especialmente o banho), saúde e alimentação dos bebês para que as mães de crianças de risco consigam desenvolver a maternagem com segurança durante a internação e, mais especificamente, após a alta hospitalar.

Além da inexistência de orientação adequada, o desespero dessas mulheres peregrinando pelos serviços de emergência nos indicou a ausência de comunicação dentro do sistema de saúde, tendo em vista que o atendimento de follow-up da maternidade - atendendo às expectativas de muitas mães - não estabeleceu nenhum vínculo com os serviços de puericultura das unidades de saúde municipais. A ausência de um acompanhamento nos postos de saúde próximos às suas residências pareceu-nos favorecer a busca indevida dos serviços de emergência, tendo em vista que nossas entrevistadas não podiam contar com orientações profissionais fora das datas agendadas para consulta⁹ e, diante de qualquer mudança no estado físico de seus filhos, usaram desnecessariamente os estabelecimentos de

⁹ À exceção das mulheres que passaram pela enfermaria Canguru e tinham os telefones pessoais dos profissionais para eventuais dúvidas.

atenção secundária ajudando a sobrecarregar, ainda mais, o sistema público de saúde e expondo seus bebês a maiores riscos.

As entrevistas nos levaram, também, a indagar sobre o verdadeiro significado da escuta profissional durante os procedimentos com mães e bebês. Acreditamos que a sobrecarga de trabalho prejudicou o relacionamento intersubjetivo, mas percebemos, também, que muito do discurso sobre a humanização do cuidado ainda não faz parte da concepção rotineira de interação com as famílias de bebês prematuros de muito baixo peso ao nascer.

De todos os achados deste estudo, o capítulo sobre o aleitamento dos bebês pareceu-nos apontar as descobertas mais importantes e urgentes a respeito do seguimento do bebê prematuro extremo e a garantia de sua saúde. A adoção da amamentação mista foi gradativamente associada ao uso de mingaus por parte considerável das mulheres de nossa pesquisa e este fato foi mascarado durante as consultas de follow-up ou identificado de maneira incompleta pelos profissionais que acompanhavam o bebê.

Além do uso indiscriminado de mingaus e fórmulas lácteas, há a necessidade urgente de se descobrir os motivos reais de um número tão pequeno de bebês prematuros em amamentação exclusiva no momento da alta¹⁰, bem como meios de facilitar a comunicação entre mães e profissionais para que as dúvidas que têm sido sanadas com parentes e mães de outros prematuros possam receber orientação técnica adequada. Observamos que o uso do mingau, além do apoio familiar, foi repassado entre mães como solução para a inquietação, o choro ou algum outro aspecto da condição física do bebê. Ponderamos que a realização de grupos de apoio, baseados em dinâmicas e no diálogo aberto e informal entre mães e profissionais, seriam ferramentas úteis à elucidação de dúvidas revelando, também, os hábitos domiciliares prejudiciais ao bebê, como o uso do mingau ou o abandono de determinadas medicações, por exemplo.

Outro procedimento que, aparentemente, auxiliaria a amamentação desses bebês seria o fortalecimento do uso do copinho na administração de complementos alimentares, inclusive após a alta, pois diminuiria o uso da mamadeira já que percebemos que, mesmo quando não utilizada na internação, ela passa a ser conduta rotineira no domicílio, orientada até por alguns profissionais da maternidade.

Com relação à estrutura física da maternidade-escola, o desconforto causado pelo ambiente destinado à ordenha mamária evidencia a necessidade de mudança ágil do mesmo e

¹⁰ Na verdade, nenhuma das mães de nosso estudo apontou a amamentação exclusiva na alimentação de seu bebê. Mesmo as que não usavam a mamadeira durante a internação referiram a orientação para fazê-lo em domicílio e interpretaram isso como uma liberação para a amamentação mista.

nos leva a considerar sua influência nas tentativas frustradas da amamentação exclusiva dos bebês por nós investigados. Trabalhando ainda aspectos relacionados à maternidade, acreditamos que o uso da sucção na gaze embebida em soro glicosado precisa ser reavaliada e discutida pelos profissionais, enquanto as mães necessitam de uma maior orientação sobre sua indicação, na tentativa de prevenir a utilização indevida após a alta.

Nas entrevistas, observamos, também, a frágil cobertura que o sistema municipal de saúde tem proporcionado às crianças egressas de UTINs, identificando a dificuldade na marcação e efetivação de consultas em puericultura, além da evidente ausência de confiança nos serviços prestados, o que levou muitas mães e famílias a optarem pelos planos de saúde privada.

Estudos prolongados de seguimento do bebê prematuro após a alta hospitalar ainda são raros, mas parecem extremamente necessários para que os investimentos peri e pré-natais sejam adequadamente aplicados e que a saúde do bebê nascido prematuramente possa ser acompanhada de forma eficaz.

Reconhecemos que o presente estudo traria resultados ainda mais ricos, não fossem as dificuldades espaço-temporais¹¹ da pesquisadora e a impossibilidade de acompanhar as mães ainda durante o período da internação do bebê na UTIN, mas acreditamos que os depoimentos aqui transcritos representam a experiência que nossas entrevistadas e muitas outras mães vivenciaram, vivenciam e vivenciarão no processo de parto, nascimento e seguimento do bebê prematuro de muito baixo peso (<1.500g) e que, a partir desta pesquisa, muitas outras investigações poderão contemplar e enriquecer o universo da criança prematura e seu atendimento no serviço público de saúde.

¹¹ Durante os primeiros contatos com o universo do trabalho, a pesquisadora, por motivos pessoais, precisou mudar-se de Fortaleza para Brasília e as entrevistas foram realizadas exclusivamente após a alta hospitalar do bebê.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, S. M. S. M. Ordenha e Coleta. In: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos** – Brasília: Anvisa, 2008. Cap. 10, p. 92-97.
- ALLEN, E. C. *et al.* Perception of child vulnerability among mothers of former premature infants. **Pediatrics**, [S.l.], v. 113, n. 2, p. 267-273, feb. 2004.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro: v. 80, n.5, suppl., p. s119-s125, 2004. ISSN 0021-7557. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2009.
- ALMEIDA, M. F. B. *et al.* Fatores perinatais associados ao óbito precoce em prematuros nascidos nos centros da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro: v. 84, n. 4, p. 300-307, Ago. 2008.
- ALVES, A. M. L.; SILVA, E. H. A. A.; OLIVEIRA, A. C.. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. **Revista da Sociedade Brasileira Fonoaudiologia**, São Paulo: v. 12, n. 1, p. 23-28, mar. 2007.
- ANDRADE, I. S. N.; GUEDES, Z. C. F. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife: v. 5, n. 1, p 61-69, mar. 2005.
- ANDRADE, S. A. *et al.* Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: v. 39, n. 4, ago. 2005.
- AQUINO, R. R.; OSORIO, M. M. Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife: v. 8, n. 1, mar. 2008. p 11-18.
- ARAÚJO, C. M. T. Aleitamento materno em bebês prematuros: uma proposta viável. 1998. 32 f. Monografia (Especialização em Motricidade Oral) – Curso de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, CEFAC, Recife, 1998.
- ARRUDA, D. C.; 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. 120-8, mar. 2007.
- BARNES C.R. e ADAMSON-MACEDO E.N. Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E) tool: development and validation with mothers of hospitalized preterm neonates. **Journal of Advanced Nursing**, v. 60, n. 5, p. 550-560, Jul 2007.
- BATISTA, M. A. Presença do sagrado em um momento crítico: internação em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília: v. 57, n. 5, p.579-585, out 2004.

BECKER, H.S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: 4 ed. Editora Hucitec, 1999. 178p.

BENUTE, G. R. G. *et al* . Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo: v. 55, n. 3, p.322-327, 2009.

BEZERRA-FILHO, J. G.; KERR-PONTES, L. R. S.; BARRETO, M. L. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife: v. 7, n. 2, p. 135-142, abr. 2007.

BEZERRA, L. C.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; LATORRE, M. R. D. O. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 6, n. 2, p. 223-229 jun. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n2/30920.pdf> >. Acesso em: 23 nov 2012.

BITTAR, R. E.; CARVALHO, M. H. B.; ZUGAIB, M. Conduas para o trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro: v. 27, n. 9, p.561-566, set 2005.

BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Tratamento do trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro: v. 31, n. 8, p. 415-422, ago. 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar, ética do humano**: compaixão pela terra. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 199p.

BORDALO, J. D. **Aleitamento materno**: relactação e lactação induzida. 2008. 103 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2008.

BOWLBY, J. **Apego e perda: Perda, Tristeza e Depressão**. Tradução de Álvaro Cabral. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 486 p.

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, n. 3, p.293-302, June/junh., 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n3/a04v21n3.pdf> >. Acesso em: 23 nov, 2012.

BRANDÃO, C. R. (Org.) **Pesquisa participante**. 8.ed. São Paulo: Brasiliense, 2006. 211p

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Banco de leite humano**: funcionamento, prevenção e controle de riscos – Brasília: Anvisa, 2008. 160 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução - RDC nº 50/2002**, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de

estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União 2002; 20 mar.

BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União 2005; 08 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

BROWNE, J. V.; TALMI, A. Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. **Journal of Pediatric Psychology**, [S.l.], v. 30, n. 8, p. 667-677, dec 2005.

BÜHLER, K. E. B. *et al*. Construção da permanência do objeto em crianças nascidas pré-termo muito baixo peso. **Revista CEFAC**, São Paulo: v. 9, n. 3, p.300-307, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v9n3/a03v9n3.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2012.

CAETANO, L. C. **Vivendo no método mãe canguru**: a tríade mãe-filho-família. 2004. 183 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CAMELO JR., J. S.; MARTINEZ, F. E. Dilemas nutricionais no pré-termo extremo e repercussões na infância, adolescência e vida adulta. **Jornal de Pediatria. (Rio de Janeiro)**, Porto Alegre, v. 81, n. 1, Supl/S33-S42, mar 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a05.pdf> >. Acesso em: 23 nov. 2012.

CAPRARA, A. Aspectos culturais da interação com o paciente e a comunidade. In: LEITE, A. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. (Orgs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007. cap. 10, p. 226-242.

CAPRARA, Andrea. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 19, n. 4, p. 923-931, ago 2003.

CARNETTI, M. G. Os efeitos da intervenção fonoaudiológica sensório-motora oral sobre a sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo. 2005. 122 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2005.

CARVALHO, M.; GOMES, M. A. S. M.. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, Porto Alegre: v. 81, n. 1 (Supl): S111-S118, mar 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a14.pdf> >. Acesso em: 13 nov. 2008.

CASTRO, E. C. M.; LEITE, A. J. M.. Mortalidade hospitalar dos recém-nascidos com

peso de nascimento menor ou igual a 1.500 g no município de Fortaleza. **Jornal Pediatría. (Rio de Janeiro)**, Porto Alegre: v. 83, n. 1, p. 27-32, fev 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n1/v83n1a06.pdf> >. Acesso em: 16 nov. 2008.

CHAGAS, N.R.; MONTEIRO, A.R. The relationship between adolescent mothers and prematurely born babies: revealed feelings. **Revista Gaucha Enfermagem**, Porto Alegre: v. 28, n. 1, p. 35-44, mar. 2007.

CHALFUN, Geórgia *et al* . Fatores associados à morbidade respiratória entre 12 e 36 meses de vida de crianças nascidas de muito baixo peso oriundas de uma UTI neonatal pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 25, n. 6, p. 1399-1408, jun, 2009.

CONTRERAS-LEMUS, J. *et al*. Morbidity reduction in preterm newborns fed with milk of their own mothers. **Boletín Médico del Hospital Infantil de México.**, [S.l.], v. 49, n. 10, p. 671-677, oct 1992.

CORREIA, L. L.; CARVALHO, A. V.; LINHARES, M. B. M. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto: v. 16, n. 1, p.64.70, fev 2008.

CORREIA, L. L.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto: v. 15, n. 4, p. 677-683, ago 2007.

COUTO, F. F. **Vivência maternal no cuidado do recém-nascido prematuro, no domicílio**. 2009. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CUNHA, A. J. L. A.; LEITE, A. J. M.; MACHADO, M. M. T. Breastfeeding and pacifier use in Brazil. **Indian Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 72, n. 3, p. 209-212, Mar. 2005.

DATASUS. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>> Acesso em: 11 dez. 2008.

DEL CIAMPO, L. A. *et al* . O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro: v. 11, n. 3, p. 739-743, sept 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30988.pdf> >. Acesso em: 18 nov. 2008.

DEMO, P.. **Pesquisa participante: saber pensar e intervir juntos**. Brasília: Líber Livro, 2004. 139p.

DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: _____ (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. cap. 1, p.33-48.

_____. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu: v. 9, n. 17, ago. 2005.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. (Org). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. cap. 2, p. 99-120.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F.. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 22, n. 12, p. 2647-2655, dez 2006.

ELEUTÉRIO, F. R. R., *et al.* O imaginário das mães sobre a vivência no Método Mãe-Canguru. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá: v.7, n. 4, p. 439-446, out/dez 2008.

FAUNDES, Aníbal *et al.* Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: v. 38, n. 4, p.488-494, ago 2004.

FEGRAN, L. HELSETH, S. FAGERMOEN, M. S. A comparison of mothers 'and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford: v. 17, n. 6, p. 810-816, mar. 2008.

FERREIRA, A. B. H.(Autor). **Dicionário Aurélio ilustrado**. Curitiba: Positivo, 2008, 560p.

FONSECA, L. M. M. **Cuidados com o bebê prematuro: cartilha educativa para orientação materna**. 2002. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

FONSECA, L.M. M. *et al.* Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto: v. 12, n. 1, p. 65-75, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a10.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 24, n. 1, p. 17-27, jan 2008.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Dados sobre nascidos vivos em 2008**. Disponível em <<http://tabnet.sms.fortaleza.ce.gov.br/scripts/tabcgi.exe?nascido.def>> Acesso em: 17 dez. 2008.

FRAGA, D. A. *et al.* Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre: v. 21, n. 1, p. 33-41 2008.

FRANCK, L. S.; SPENCER, C. Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. **Birth**, [S.l.], v. 30, n. 1, p. 31-35, mar. 2003.

FRANCO, S. C. *et al.* Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde**

Materna Infantil, Recife: v. 8, n. 3, p. 291-297, set 2008.

FREIRE, P. Criando métodos de pesquisa alternativa. In: BRANDÃO, C. R. (Org.) **Pesquisa participante**. 8.ed. São Paulo: Brasiliense, 2006. cap. 3, p. 34-41.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Rede brasileira de bancos de leite humano**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: < www.fiocruz.br/redeblh/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=356> Acesso em: 15 nov. 2008.

FURLAN, C. E. F. B.; SCOCHI, C. G. S.; FURTADO, M. C. C. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto: v. 11, n. 4, p. 444-52, ago 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a06.pdf> >. Acesso em: 12 dez. 2008.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília: v. 58, n. 4, p. 444-448, ago 2005.

GAMA, A. S. *et al.* Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 25, n. 11, p. 2480-2488, nov 2009.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. cap. 3, p. 64-89.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Thomson, 2005. 222p.

GREENOUGH, A. *et al.* Risk factors for respiratory morbidity in infancy after very premature birth. **Archives of Disease in Childhood**. Fetal and Neonatal Edition, v. 90, n. 4, F320–F323 Jul. 2005.

GUIMARAES, G. P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis: v. 16, n. 4, p. 626-35, dec 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a06v16n4.pdf> >. Acesso em: 13 nov. 2008.

GURGEL, E. P. P; ROLIM, K. M. C. A primeira visita da mãe à unidade de terapia intensiva neonatal: o acolhimento como promoção do cuidado humano. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza: v. 6 n. 2, p. 63-71. mai\agos 2005.

HAGUETTE, T. M. F. A entrevista. In: _____. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. cap. 8, p. 86-91.

HELMAN, C. G. Cuidado e cura: os setores da assistência à saúde. In: _____. **Saúde, cultura e doença**. Tradução Cláudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. Cap. 4, p. 71-108.

HENNIG, M. A. S.; GOMES, M. A. S. M.; GIANINI, N. O. M. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru". **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 427-435, out. / dez 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/10.pdf> >. Acesso em: 12 dez. 2008.

HOLDITCH-DAVIS, D. *et al.* Predictors of wheezing in prematurely born children. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 37, n. 3, p. 263-273 may 2008.

IBGE, **Contagem da população 2007**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 30 abr. 2008.

IRIART, J. A. B., 2003. Concepções e representações da saúde e da doença. **Texto didático**. Salvador: ISC – UFBA.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. *et al.* Os desafios da humanização em uma UTI neonatal cirúrgica. In: DESLANDES, S. F. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. cap. 10, p. 261-282.

KANDEL, L. Reflexões sobre o uso da entrevista, especialmente a não-diretiva, e sobre as pesquisas de opinião. In: THIOLENT, M. **Crítica metodológica; investigação social e enquete operária**. 2. ed. São Paulo: Polis, 1981. cap. 3, p. 169-187.

KILSZTAJN, S. *et al.* Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: v. 37, n. 3, p. 303-310, June 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15857.pdf> >. Acesso em: 12 dez. 2008.

LAMEGO, D. T. C.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, Maria Elisabeth L.. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro: v. 10, n. 3, p. 669-675, sept 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a23v10n3.pdf> >. Acesso em: 13 nov. 2008.

LATVA, R. *et al.* Visiting less than every day: a marker for later behavioral problems in Finnish preterm infants. **The Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, [S.l.], v. 158, n. 12, p. 1153-1157, dec 2004.

_____. Visits by the family to the neonatal intensive care unit. **Acta Paediatr.**, [S.l.], v. 96, n. 2, p. 215-220, Feb. 2007.

LIMA, Vívian Passos; MELO, Adriana de Medeiros. Uso do copinho no alojamento canguru. **Revista CEFAC**, São Paulo: v. 10, n. 1, p. 126-133, jan-mar 2008.

MACHADO, M. M. T. **A conquista da amamentação: o olhar da mulher**. 1999. 71 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo:

um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil.

Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil, Recife: v. 8, n. 2, p.187-196, mar 2008.

MANCINI, P.G.B.; MELÉNDEZ, G.V. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.3, p. 241-247, maio-jun 2004.

MARTINEZ, J. G.; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto: v. 15, n. 2, p. 239-246, apr 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/v15n2a08.pdf> >. Acesso em: 18 nov. 2008.

MEAC, **Missão, visão e princípios**. Disponível em:

<http://www.meac.ufc.br/direcao_geral/index_direcao_geral.html> Acesso em: 16 Dec. 2008.

MÉIO, M. D. B. B. *et al.* Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. **Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro**: v. 80, n. 6 p. 495-502, dec 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n6/v80n6a12.pdf> >. Acesso em: 19 nov. 2008.

MELNYK, B. M. *et al.* Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit: explanatory effects of the creating opportunities for parent empowerment program. **Nursing Research**, Phoenix: v. 57, n. 6, p. 383-394, nov-dec 2008.

MENDES, I. *et al.* Uso da tecnologia como ferramenta de avaliação no cuidado clínico de recém-nascidos prematuros. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, Porto Alegre: v. 82, n. 5, p. 371-376, oct 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n5/v82n5a11.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2008.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Notas para um debate. In: _____ (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. int. p. 23-71.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

_____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. Prefácio. In: DESLANDES, S. F. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MOLINA, R. C. M. *et al.* A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 630-637, set 2009.

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

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

NASCIMENTO, M. B. R. *et al.* Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Revista do Hospital das Clínicas**, São Paulo: v. 58, n. 1, p. 59-60, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rhc/v58n1/15505.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2009.

OMS/UNICEF. **Manual do curso aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento**. Genebra: OMS/UNICEF, 1993.

PADOVANI, F. H. P. *et al.* Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo: v. 26, n. 4, p. 251-254 dic. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n4/a09v26n4.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2009.

PEDRAS, C. T. P. A.; PINTO, E. A. L. C.; MEZZACAPPA, M. A. Uso do copo e da mamadeira e o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e a termo: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife: v. 8, n. 2, p.163-169, mar 2008.

PICCINI, R. X. *et al.* Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife: v. 7, n. 1, p.75-82, mar 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n1/a09v07n1.pdf> >. Acesso em: 19 nov. 2008.

PINTO, I. D; PADOVANI, F. H. P.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 75-83, mar 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; e HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

PREYDE, M.; ARDAL, F. Effectiveness of a parent "buddy" program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. **Canadian Medical Association Journal**, [S.l.], v. 168, n. 8, p. 969-973, apr 2003.

QUEIROZ, T. **Do desmame ao sujeito**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

RIBEIRO, E.M. *et al.* O conhecimento das mães sobre aleitamento materno no hospital São Lucas – Juazeiro do Norte (CE). **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 17, n. 4, p. 170-176, 2004.

ROLIM, K.M.C. **Enfermagem humanística: contribuição para o desenvolvimento da enfermeira na unidade neonatal**. 2006. 196f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

ROLIM, K.M, *et al.* Percepção das mães sobre aleitamento em prematuros da unidade canguru de uma maternidade de Fortaleza-CE. **Revista da Rede de enfermagem do Nordeste**, v.9, n.2, p.54-63, abr/jun 2008.

RUGOLO, L. M. S. S. *et al.* Crescimento de prematuros de extremo baixo peso nos primeiros dois anos de vida. **Revista paulista de Pediatria**, São Paulo: v. 25, n. 2, p.142-149, jun 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v25n2/a08v25n2.pdf> >. Acesso em: 16 nov. 2008.

SALES, C. A. *et al.* Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília: v. 59, n. 1, p. 20-24, feb 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a04v59n1.pdf> >. Acesso em: 19 nov. 2008

SALIMENA, A. M. O. **O cotidiano da mulher após a histerectomia à luz do pensamento de Martin Heidegger**. 2007. 135 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SANCHES, M. T. C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro: v. 80, n. 5, p. S155-S162, nov 2004.

SANTORO JUNIOR, W.; MARTINEZ, F. E. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, Porto Alegre: v. 83, n. 6, p. 541-546, dec 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n6/v83n6a11.pdf> >. Acesso em: 16 nov. 2008.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília: v. 20, n. 3, p.233-240 dec 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n3/a04v20n3.pdf> >. Acesso em: 22 nov. 2008.

SCOCHI, C. G. S. *et al.* Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto: v. 11, n. 4, p. 539-543, aug 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a18.pdf> >. Acesso em: 19 nov. 2008.

_____. Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência na perspectiva dessas mulheres. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto: v. 12, n. 5, p. 727-735, out. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a05.pdf> >. Acesso em: 23 nov. 2008.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARÍN-LEÓN, L. Amamentação e alimentação. In: Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher/PNDS 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. cap. 9, p. 242-251.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set-out 2004.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D G; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife: v. 4, n. 3, p. 269-279, set. 2004a.

_____. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica**, Rio de Janeiro: v. 26, n. 7, p. 517-525 ago 2004b.

SILVA, A. A. M. *et al* . Infant mortality and low birth weight in cities of Northeastern and Southeastern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: v. 37, n. 6, p. 693-698, dec 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18010.pdf> >. Acesso em: 19 nov. 2008.

SILVA, R. V. **A vivência das mães de recém-nascidos prematuros no processo de manutenção da lactação e amamentação durante o período de internação de seus filhos**. 2008. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SILVEIRA, M. F, *et al*. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: v.42, n.5, p. 957-64, 2008.

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

SOARES, D. C. **Vivenciando o ser prematuro extremo e sua família no contexto hospitalar e domiciliar**. 2006. 173 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.

SOUZA, N. L. *et al*. Percepção materna com o nascimento e vivência da gravidez com pré-eclampsia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: v. 41, n. 5, p. 704-710, out 2007.

TAVARES, E. C.; XAVIER, C. C.; LAMOUNIER, J. A. Nutrição e alimentação do recém-nascido prematuro. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte: v. 13, n. 4 (Supl 2), p. 54-59, 2003.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Sup 2:S190-S198, jan 2004.

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

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

VASCONCELOS, M. G. L.; LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. S. Significados atribuídos à

vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife: v. 6, n. 1, p. 47-57, mar. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a06v6n1.pdf> >. Acesso em: 13 dez. 2008.

VASCONCELOS, M. G. L. **Implantação de um grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um Hospital Amigo da Criança na cidade de Recife/PE**. 2004. 165 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

VIEIRA, Graciete O. *et al* . Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro: v. 80, n. 5, p. 411-414, 2004.

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

VINAGRE, R. D.; DINIZ, E. M. A.; VAZ, F. A. C. Leite humano: um pouco de sua história. **Pediatria**, São Paulo: v. 23, n. 4, p. 340-345, 2001.

ZAGONEL, I.P.S. *et al*. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 2 p. 24 - 32, 2003. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista5_2/pdf/materno.pdf >. Acesso em: 12 de fev. 2010.

APÊNDICE A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Meu nome é Leila Medeiros Melo, sou fisioterapeuta, aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (UFC).

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa com mães de bebês prematuros que receberam alta da UTI Neonatal da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e que tem como título: “(Con) Vivendo com o bebê prematuro de muito baixo peso (<1.500g): a experiência materna durante a internação e após a alta hospitalar.”

Sua participação é importante, porém, a senhora não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo deste estudo será conhecer a vivência da mãe e dos familiares no cuidado com o bebê prematuro durante a internação e após a alta hospitalar, para buscar melhorar a assistência à criança que nasce prematura e, também, às suas famílias.

Concordando em participar deste estudo, marcaremos a melhor data para que a senhora possa responder a algumas perguntas feitas por mim durante uma visita que realizarei em sua casa, e essa conversa poderá ser gravada para que eu não perca nenhuma informação. Eu ficarei responsável pelo material da gravação.

As informações conseguidas através da sua participação nesta pesquisa não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Participar desta pesquisa não trará nenhum risco à senhora ou ao seu filho, sendo que a data de nossa conversa e de minha visita à sua casa será combinada com antecedência e só ocorrerá quando lhe parecer conveniente.

A qualquer momento a senhora poderá se recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar este seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo, nem interfira na assistência prestada pela maternidade.

A senhora poderá entrar em contato comigo pelos telefones: (85) 3082-1871 ou (85)

9199-6949. Se tiver alguma dúvida, poderá procurar também o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, no endereço citado abaixo.

Finalmente, tendo compreendido perfeitamente tudo o que lhe foi informado sobre a sua participação no mencionado estudo, e estando consciente dos seus direitos e das responsabilidades que sua participação implicam, você pode declarar que concorda em dele participar e que **DÁ O SEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO VOCÊ TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO**, assinando abaixo.

Desde já, agradeço sua colaboração.

Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa:

Instituição: UFC/ Mestrado em Saúde Pública

Endereço: Rua Júnior Rocha

Bloco: /Nº: /Complemento: 1209

Bairro: /CEP/Cidade: Parque Manibura/ Fortaleza-Ce CEP: 60.821-585

Telefones p/contato: (85) 3082-1871/ 9199-6949

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo

Telefone: 3366.8338

Fortaleza,

(Assinatura ou impressão datiloscópica)	Nome e Assinatura do(s) responsável(is) pelo estudo

d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal	Nome do profissional que aplicou o TCLE
---	---

APÊNDICE B – Roteiro da observação participante

Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Pública

Data: __/ __/ __

Iniciais do nome materno:

OBJETIVOS DA OBSERVAÇÃO

- Explorar as interações familiares com a criança prematura, assim como as emoções maternas;
- Observar as condutas maternas na alimentação da criança em domicílio;
- Identificar os cuidados domiciliares realizados;
- Conhecer o itinerário familiar até o local de atendimento da criança no serviço de saúde.

PONTOS A SEREM OBSERVADOS

a) Aspectos estruturais

- Condições da moradia;
- Estrutura familiar;
- Número de pessoas que convivem na mesma casa;
- Despesas familiares com o bebê;
- Proximidade de uma unidade básica de saúde.

b) Caracterização do cuidado

- Preparo e administração da alimentação;
- Aspectos relacionados à higiene do bebê;
- Fatores associados à estimulação motora;
- Dificuldades e facilidades no cuidado;
- Crenças envolvendo a realização do cuidado;

c) Aspectos sociais

- Interação dos familiares com a criança;
- Aspectos afetivos demonstrados pelos familiares no cuidado

d) Comportamento e participação do observador

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista semi-estruturada

Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Pública

I – Parte

Data: __/__/__

Horário do início da entrevista:

Horário do término da entrevista:

a) Dados de caracterização da mãe:

Iniciais do nome: _____

Escolaridade: _____

Estado civil: _____

Idade Materna: _____

Profissão: _____

Número de filhos vivos: _____

Já teve outro filho prematuro? Sim Não Quantos? _____

b) Dados de caracterização do bebê:

Idade gestacional ao nascimento: _____ Peso ao nascer: _____

Início da dieta: _____ Via de administração da dieta: _____

Recebeu leite humano do Banco de Leite? _____

Peso na alta hospitalar: _____

Tipo de amamentação na alta:

Aleitamento materno exclusivo

Aleitamento materno com complemento lácteo

Aleitamento artificial

Tipo de alimentação no momento da entrevista: _____

II - Parte

OBJETIVOS DA ENTREVISTA

- Identificar o itinerário materno da gestação ao parto;
- Explorar a vivência materna durante a internação e após a alta hospitalar em relação aos aspectos nutricionais e de cuidados com o bebê;
- Conhecer a capacidade de assimilação das orientações hospitalares sobre o cuidado;
- Abordar a comunicação profissional-usuário durante a internação, no manejo para a alta e no seguimento do bebê após a alta;
- Identificar o suporte do sistema de saúde no acompanhamento do bebê.

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Gostaria que a senhora me falasse como foi sua gestação. O que a senhora acha que aconteceu para que seu bebê nascesse prematuro?
2. E como aconteceu a internação da senhora e o nascimento do bebê? O que passou na sua cabeça neste momento?

3. Depois do nascimento, quando foi seu primeiro encontro com o bebê? Como foi?
4. A senhora conseguiu cuidar do seu filho durante a internação? Houve alguma orientação?
5. Quando a senhora conseguiu amamentá-lo ?
6. E como foi o processo da alta do bebê?
7. Como a senhora descreveria o primeiro dia em que levou seu bebê para casa?
8. Se teve dificuldades, como elas foram superadas?
9. Quais as informações a senhora recebeu a respeito da alimentação e do cuidado com o bebê?
10. A senhora consegue descrever as dificuldades no cuidado com o bebê em casa?
11. E quais são as facilidades nesse cuidado?
12. A senhora poderia me dizer algo mais sobre como foi a amamentação ou a alimentação do bebê após a alta?
13. E, com suas palavras, como tem sido o cuidado com o bebê?
14. Agora, depois da alta, como está sendo o acompanhamento dele pelo serviço de saúde?

ÍTEM A SEREM ABORDADOS PARA APROFUNDAMENTO DA ENTREVISTA

- A trajetória da mãe durante a gestação, incluindo a realização do pré-natal;
- O itinerário do parto até a internação do bebê na UTIN, bem como os sentimentos envolvidos;
- Elementos objetivos e subjetivos relacionados ao cuidado com o bebê durante a internação: orientações recebidas, interação materna com seu bebê e os profissionais e a preparação para a alta hospitalar;
- Elementos objetivos e subjetivos relacionados ao cuidado domiciliar com o bebê: apoio de parentes, relação familiar, preocupação com outros filhos, compreensão das orientações recebidas antes da alta, aspectos relacionados à nutrição, etc;
- A forma de acompanhamento da díade mãe-bebê prematuro, após a alta, pelo sistema de saúde.

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND
Rua Coronel Nunes de Melo, S/Nº - Rodolfo Teófilo - C.G.C. 07.206.048/0001-08
GERAL: (0XX85) 4009.8500 - Fax: (0XX85) 4009.8521 - E-mail: meac@meac.ufc.br
CEP: 60.430-270 - Fortaleza - Ceará - Brasil

OFÍCIO CEP/MEAC Nº 124/09

Fortaleza, 04 de setembro de 2009.

Protocolo nº 020/09

Pesquisadora responsável: Leila Medeiros Melo

Deptº/Serviço: Curso de Mestrado em Saúde Pública – Universidade Federal do Ceará

Título do Projeto: (CON) Vivendo com o bebê prematuro de muito baixo peso – 1500 após alta hospitalar os cuidados maternos e dos serviços de saúde.

Levamos ao conhecimento de V. S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – CEP/MEAC/UFC, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional da Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, publicada no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e complementarem, aprovou o projeto supracitado, na reunião de 20 de maio de 2009.

A Pesquisadora deverá comparecer ao setor competente da Instituição, onde será realizada a pesquisa, para a confecção dos crachás, munido deste documento.

Igualmente, informamos que a mesma deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dr. Sérgio Augusto de Tabosa Quesado
Coordenador do CEP-MEAC/UFC

Dr. Sérgio Augusto Quesado
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
CEP/MEAC/UFC

Ilma. Sra.
Leila Medeiros Melo
Via Club Residence
Rua das Paineiras, lote 04
Torre II, apto 104
Águas Claras - DF
CEP 72.918-000
E-mail: leilaesperanca@bol.com.br