

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

WANESSA CRISTINA TAVARES ARAUJO

CUIDADO DOMICILIAR NA PREMATURIDADE: VIVÊNCIA MATERNA

Alfenas/MG
2018

WANESSA CRISTINA TAVARES ARAUJO

CUIDADO DOMICILIAR NA PREMATURIDADE: VIVÊNCIA MATERNA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas UNIFAL-MG como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro.

Coorientador: Prof. Dr. Dênis da Silva Moreira

Alfenas/MG

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central – Campus Sede

A663c Araujo, Wanessa Cristina Tavares.
Cuidado domiciliar na prematuridade: vivência materna / Wanessa
Cristina Tavares Araujo. -- Alfenas-MG, 2018.
169 f.: il. --

Orientadora: Patrícia Mônica Ribeiro.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Universidade
Federal de Alfenas, 2018.
Bibliografia.

1. Prematuro. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Antropologia Cultural.
4. Comportamento Materno. 5. Cuidado do lactente. I. Ribeiro, Patrícia
Mônica. II. Título.

CDD-610.7362



Wanessa Cristina Tavares Araújo

“Cuidado domiciliar na prematuridade: vivência materna”

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 23/02/2018

Profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Patrícia Mônica Ribeiro

Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Patrícia Scotini Freitas

Profa. Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Assinatura: Maria Lígia Mohallem Carneiro

Dedico este trabalho:

À Deus, que na sua infinita graça e misericórdia concedeu-me força, saúde e perseverança para alcançar meus objetivos.

À minha filha Ísis, que por muitas vezes teve que suportar minha ausência, enquanto me dedicava à conclusão deste trabalho.

AGRADECIMENTO

Agradeço à Deus, por me dar força e coragem durante minha caminhada, me iluminou e protegeu a cada etapa percorrida no desenvolvimento deste estudo.

À minha querida orientadora Dra. Patrícia Mônica, o meu muito obrigada por fazer do meu aprendizado, não um trabalho, mas um contentamento. Assim, como uma mãe que cuida de seu filho, você cuidou de mim. Guiou-me em todos os momentos dessa jornada, sempre transmitindo seus conhecimentos com amor e paciência ímpar.

Ao meu co-orientador Dr. Dênis, pela participação e sugestões oferecidas nesse trabalho.

Ao meu esposo Mateus e minha filha Ísis, pelas horas que passaram sem a minha presença; pelo amor, motivação e pelas horas de privação de lazer, as quais contribuíram para alcançar o término deste estudo.

Aos meus pais, Walmir e Sônia, por todo apoio e principalmente pelo auxílio na criação da minha filha.

Aos meus avós, Aidê e Waldir, meus maiores incentivadores, que muitas vezes sacrificaram seus sonhos em favor dos meus. Tantas foram as vezes em que meu cansaço e preocupação foram sentidos e compartilhados por eles e tantas foram as orações, carinho, e palavras que me incentivaram a progredir.

Ao meu irmão Wlamir e minha cunhada Jussara, que me presentaram com o nascimento do Anthony, momento lindo e inspirador para minha vida enquanto tia, enfermeira e pesquisadora.

À minha prima, amiga e confidente Sirlene, obrigada por tudo, principalmente por me fazer enxergar, sentir e entender a presença de Deus em todas as circunstâncias.

Ao meu melhor amigo Raul, grande companheiro e incentivador desde a graduação. Nossa amizade é simplesmente uma amável concordância em todas as questões da vida. Sou grata por ter você ao meu lado durante todos esses anos.

À minha amiga Adjane que me auxiliou nas oficinas.

Aos colegas do Mestrado, que em meio a tantas dúvida, estiveram sempre dispostos a ajudar.

Em especial agradeço as mãe do grupo “Mães de Guerreiros”, que me receberam e confiaram no meu trabalho, mesmo sem me conhecer. Obrigada pela atenção e delicadeza em compartilharem comigo suas vivências.

À todas as pessoas, que de alguma maneira, contribuíram para que eu pudesse vencer este desafio.

Hoje, procuro entre as palavras, aquela que gostaria que seus corações ouvissem do meu, e só encontro uma, simples e sincera: obrigada!

Obrigada a todos vocês, pela compreensão e por tudo que fizeram por mim, sem que ao menos eu soubesse!

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,
mas pensar o que ninguém ainda pensou
sobre aquilo que todo mundo vê”
(SCHOPENHAUER, 2010, p.156).

RESUMO

A gestação é um processo fisiológico, contudo, poucas gestantes apresentam maiores chances de evolução desfavorável ao binômio mãe-feto. Dentre as complicações de uma gestação, destaca-se o parto prematuro, pois é considerado como fator de risco à sobrevivência do bebê. Os objetivos foram compreender como as mães realizaram o cuidado domiciliar do recém-nascido prematuro e descrever como esse cuidado ocorreu, por meio de suas falas. Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem etnográfica. Adotou-se também o método da Etnoenfermagem, com intuito de facilitar a descoberta de dados focados na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger. Foram adotados como critérios de inclusão: ser mãe de bebês nascidos prematuros, ou seja, parto com idade gestacional anterior a 37 semanas de gestação, entre janeiro de 2014 até junho de 2016. A coleta de dados abarcou, observação participante, realização de oficinas e entrevistas semiestruturadas, com as questões norteadoras: Conte-me como foi sua chegada em casa após o parto; fale-me como as primeiras semanas se passaram. Para cada colaboradora, foi solicitada autorização para a participação no estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido garantindo autonomia, segurança, bem-estar e os princípios éticos da pesquisa. Esse estudo foi aprovado com o Parecer 1.774.512. Participaram da pesquisa sete mães de recém-nascidos pré-termos. A Observação Participante teve duração de dois meses com a elaboração do Caderno de Campo, as quais foram agrupadas em Notas de Observação; Notas Teóricas; Notas Metodológicas e Notas Pessoais. O Caderno de Campo contém o registro dos dados com anotações que resultaram do convívio participante e da observação atenta do universo social no qual se está inserido e que se pretendia investigar. A fase de coleta de dados, teve início em novembro de 2016 e término em abril de 2017, totalizando seis meses. As narrativas transcritas a partir das entrevistas foram categorizadas, num processo que requereu sistematização dos dados. A leitura das narrativas evidenciou o movimento das falas que entrelaçaram os tons vitais, os conceitos e as atitudes das colaboradoras. A análise temática dos dados originou sete categorias: Identificação e Situação da Família; Gestação e Parto, que se dividiu em cinco subcategorias: Planejamento da Gravidez; Intercorrências; Experiência do parto; Pós-parto e Alta materna; Prematuridade, que se dividiu em quatro subcategorias: Sentimentos maternos frente ao filho prematuro, Conflitos maternos, Vivência da mãe na UTI, e Fé; Cuidados Maternos, que dividiu-se nas subcategorias: Alta hospitalar do recém-nascido e sentimentos maternos, Cuidados maternos domiciliares, Experiência no cuidado infantil e Intercorrências do bebê no domicílio; Amamentação; Apoio Familiar e Resiliência. A

prematuridade faz com que a família viva uma nova realidade, gerando sentimentos distintos de felicidade e de sofrimento, que oscilam desde a alegria pelo nascimento do filho e ele estar vivo até o medo e a angústia por não saber o que irá acontecer com ele. Com uma carga muito grande de responsabilidade no cuidado ao prematuro, a família necessita de uma rede de apoio, sendo o enfermeiro da Atenção Básica o grande protagonista dessa nova etapa.

Palavras-chave: Prematuridade. Cuidado do lactente. Cuidado materno. Cultura. Família. Enfermagem.

ABSTRACT

Pregnancy is a physiological process. However, few pregnant women are more likely to develop unfavorably to the mother-fetus binomial. Among the complications of gestation, premature birth is the most important one, since it is considered a risk factor for the survival of the baby. The objectives were to understand how mothers performed the home care of the premature newborn and to describe how this care occurred through their speeches. This is a qualitative study with an ethnographic approach. It was also adopted the method of the Ethnographic study, in order to facilitate the discovery of data focused on the Theory of Diversity and Universality of Leininger Cultural Care. The inclusion criteria were as follows: to be a mother of preterm infants, that is, delivery with gestational age before 37 weeks of gestation, between January 2014 and June 2016. Data collection included: participant observation, workshops and semi-structured interviews with the guiding inquiries: Tell me about your arrival at home after childbirth; tell me how the first weeks have passed. For each collaborator, authorization was requested for participation in the study, by means of the Informed Consent Form, guaranteeing autonomy, safety, well-being and the ethical principles of the research. This study was approved with Technical Advice 1.774.512. Seven mothers of preterm new born babies participated in the study. The Participating Observations lasted two months with the preparation of the Field Book, which were grouped in Observation Notes; Theoretical Notes; Methodological Notes and Personal Notes. The Field Book contains the record of the data with annotations that resulted from the participating contact and the careful observation of the social universe in which they are inserted, all of which was intended to be investigated. The data collection phase began in November 2016 and ended in April 2017, totaling six months. The narratives transcribed from the interviews were categorized, in a process that required data systematization. The reading of the narratives evidenced the movement of the lines that intertwined the vital tones, the concepts and the attitudes of the collaborators. The thematic analysis of the data originated seven categories: Identification and Family Situation; Pregnancy and Childbirth, which was divided into five subcategories: Pregnancy Planning; Complications; Childbirth experience; Postpartum and Maternal discharge; Prematurity, which was divided into four subcategories: Maternal feelings towards the premature child, Maternal conflicts, Mother's experience in the ICU, and Faith; Maternal Care, which was divided into the following subcategories: Hospital discharge of the new born and maternal feelings, Maternal home care, Experience in child care and Intercurrences of the baby at home; Breast-feeding; Family

Support; and Resilience. Prematurity makes the family live a new reality, generating different feelings from happiness and suffering, which range from joy for the birth of the child and his or her being alive to fear and anguish for not knowing what will happen to him or her. With a great deal of responsibility for the care of the premature infant, the family needs a support network, with the primary care nurse being the protagonist of this new stage.

Descriptors: Infant Premature. Infant Care. Maternal Behavior. Culture. Family. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Produtos criados por Joquebede.....	71
Figura 2 – Produtos criados por Ana.....	74
Figura 3 – Produtos criados por Lóide	76
Figura 4 – Produtos criados por Rute.....	78
Figura 5 – Produtos criados por Rebeca.....	80
Figura 6 – Produtos criados por Débora.....	82
Figura 7 – Produtos criados por Isabel	84
Figura 8 – Categorias e subcategorias da vivência materna no cuidado domiciliar ao prematuro, 2017	134
Figura 9 – Vivência materna do cuidado domiciliar ao prematuro, 2017	138
Figura 10 – Assistência de enfermagem no cuidado materno domiciliar ao prematuro, 2017	140

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	-Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BDENF	-Base de Dados de Enfermagem
BLH	-Banco de Leite Humano
CA	-Canal Arterial
CINAHL	-Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
COREN	-Conselho Regional de Enfermagem
FEBRASGO	-Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
GIG	-Grande para Idade Gestacional
ITU	-Infecção do trato urinário
LILACS	-Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MC	-Método Canguru
MG	-Minas Gerais
n.	-Número
NLM	-United States National Library of Medicine Pubmed
NM	-Notas Metodológicas
NO	-Notas de Observação
NP	-Notas Pessoais
NT	-Notas Teóricas
NV	-Nascidos Vivos
ODM	-Objetivo do Desenvolvimento do Milênio
OMS	-Organização Mundial da Saúde
p.	-Página
PCA	-Persistência do Canal Arterial
PCLH	-Posto de Coleta de Leite Humano
PCR	-Parada Cardiorrespiratória
PICC	-Cateter central de inserção periférico
RN	-Recém-Nascido
RNP	-Recém-Nascido Prematuro
ROP	-Retinopatia da Prematuridade
SHEG	-Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez
SUS	-Sistema Único de Saúde
TCLE	-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFAL	-Universidade Federal de Alfenas
UTI	-Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	-Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTINs	-Unidades de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP	-Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica
v.	-Volume
VEGF	-Fator de Crescimento Endotelial Vascular
WHO	-World Health Organization

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	16
2	INTRODUÇÃO	18
2.1	RELEVÂNCIA.....	21
3	OBJETIVOS	23
4	REFERENCIAL TEÓRICO	24
4.1	PREMATURIDADE.....	25
4.1.1	Controle térmico	26
4.1.2	Persistência do Canal Arterial (PCA)	27
4.1.3	Retinopatia da prematuridade	27
4.1.4	Necessidades nutricionais do RN	28
4.1.5	Atenção humanizada ao RN de baixo peso: Método Canguru (MC)	29
4.1.6	Redes familiares: participação dos irmãos e dos avós nos cuidados ao prematuro	31
4.2	CUIDADOS MATERNOS NO DOMICÍLIO	31
4.3	IMPACTO DO NASCIMENTO PREMATURO NA FAMÍLIA	34
5	PROCESSO METODOLÓGICO	36
5.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA AMOSTRA.....	38
5.2	CENÁRIO	38
5.3	COLETA DE DADOS	39
5.3.1	Observação participante	39
5.3.1.1	Oficinas.....	53
5.3.1.1.1	<i>Mosaico</i>	54
5.3.1.1.2	<i>Massa de Modelar</i>	57
5.3.1.1.3	<i>Boneca</i>	60
5.3.2	Entrevista semiestruturada	63
5.4	TRATAMENTO DOS DADOS	64
5.5	ÉTICA NA PESQUISA	66
5.6	RIGOR METODOLÓGICO	67
6	GRUPO CULTURAL “MÃES DE GUERREIROS”	68
6.1	NOTAS DO CADERNO DE CAMPO	70
6.1.1	Joquebede	70
6.1.2	Ana	72

6.1.3	Lóide	75
6.1.4	Rute	77
6.1.5	Rebeca	80
6.1.6	Débora	82
6.1.7	Isabel	84
7	NARRATIVAS	86
8	TRATAMENTO DOS DADOS	104
8.1	CATEGORIA 1- DENTIFICAÇÃO E SITUAÇÃO NA FAMÍLIA	104
8.2	CATEGORIA 2- GESTAÇÃO E PARTO	106
8.2.1	Planejamento Da Gravidez	106
8.2.1.1	Desejavam a gravidez	106
8.2.1.2	Não desejavam, mas engravidaram	107
8.2.2	Intercorrências	108
8.2.2.1	Período gestacional sem intercorrência	108
8.2.2.2	Intercorrência gestacional levando ao parto prematuro	109
8.2.3	Experiência do Parto	111
8.2.4	Pós-parto	113
8.2.5	Alta materna	115
8.3	CATEGORIA 3- PREMATURIDADE	116
8.3.1	Sentimentos maternos frente ao filho prematuro	117
8.3.2	Conflitos maternos	118
8.3.3	Vivência da mãe na UTIN	119
8.3.4	Fé	121
8.4	CATEGORIA 4 - CUIDADOS MATERNOS	123
8.4.1	Alta hospitalar do RN e sentimentos maternos	123
8.4.2	Cuidados maternos domiciliares	124
8.4.3	Experiência no cuidado infantil	126
8.4.4	Intercorrências do bebê no domicílio	127
8.5	CATEGORIA 5 - AMAMENTAÇÃO	128
8.6	CATEGORIA 6 - APOIO FAMILIAR	131
8.7	CATEGORIA 7 - RESILIÊNCIA	133
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
	REFERÊNCIAS	144
	APÊNDICES	158

ANEXO	168
--------------------	-----

1 APRESENTAÇÃO

Durante os anos de graduação em enfermagem, senti-me atraída pela área da saúde da mulher e pelos cuidados dispensados à saúde desse grupo que envolve diversos aspectos como os ginecológicos e obstétricos, entre outros. Foi na graduação também que descobri minha paixão pela pesquisa e pela docência.

Quando formada, meu primeiro emprego me ofereceu a oportunidade de atender diretamente a mulher, pois atuava como enfermeira particular de uma mulher idosa. Foi muito válido e gratificante vivenciar o cuidado à mulher numa fase da vida tão fragilizada e esquecida pela sociedade. A princípio, essa população também me atraía, mas me vi sem muita perspectiva de crescimento profissional e, após seis meses, resolvi deixar o emprego e me preparar para tentar o mestrado.

Após sair do emprego, descobri que estava grávida! Embora não tenha sido uma gravidez planejada, fiquei muito feliz, porque certamente foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida! A gravidez realmente é um momento mágico na vida de uma mulher. Como estava sem trabalhar, pude viver esse momento intensamente e, como enfermeira, compreendia todo processo de mudanças do meu corpo. Eu tive uma gravidez tranquila. Durante a gestação, o que mais me preocupava era a idade gestacional para o nascimento da minha filha, porque eu sabia que quanto mais tempo ela estivesse no meu ventre, melhor seria para seu crescimento e desenvolvimento; mesmo eu estando bastante edemaciada e com dificuldades para dormir, seria capaz de suportar qualquer incômodo até que ela estivesse totalmente pronta para vir ao mundo. Ao contrário do que eu desejava, quando completei 37 semanas, fui à consulta médica, e descobri que ela estava com duas circulares de cordão e o parto cirúrgico deveria ser feito o mais rápido possível. Por mais que essa idade gestacional não se enquadre como nascimento prematuro, ficava me perguntando, será que ela está totalmente pronta? Ou ainda, se esse parto tivesse que ser realizado uma semana atrás, como seria ser mãe de bebê prematuro? Como eu lidaria com a possível internação da minha filha, estando eu de alta? Foram algumas horas de muitas dúvidas e de medos até o nascimento.

Lembro-me de que ela nasceu bem cianótica e pude apenas tirar uma foto rápida, depois a pediatra a levou para realizar os procedimentos de rotina. Na mesa de parto, ainda anestesiada e sem saber como minha filha estava, os minutos pareciam uma eternidade. Após algum tempo, fui para a maternidade e graças a Deus minha filha estava bem e não corria risco de vida. Porém, descobrimos que ela apresentava uma alteração cardiológica e deveria ficar internada um dia a mais para a realização de exames. Na maternidade, as enfermeiras foram

muito atenciosas e me auxiliaram bastante. Após os exames, ela foi diagnosticada como tendo comunicação intra-atrial e um aneurisma no coração. Tivemos alta, e começamos uma busca por especialistas e tratamentos. Chegamos a fazer avaliação para cirurgia cardíaca, mas graças a Deus ela não tem repercussão clínica, então segue até hoje só com acompanhamento médico.

Após dois anos, o desejo pela pós-graduação na linha materno-infantil era meu objetivo.

Já mestranda, iniciei o desenvolvimento o projeto de pesquisa ancorada na Antropologia e na Etnografia, mais precisamente na etnoenfermagem. Com base na minha experiência pessoal, e com o medo do meu possível parto antecipado, me inquietava saber como as mães que de fato tiveram partos prematuros vivenciavam essa situação. Como era para as mães saírem do hospital e deixarem seus filhos sem uma previsão de alta? E, ainda, como elas recebiam as orientações e cuidavam de seu filho em casa?

Desse modo, para a primeira parte do trabalho, realizei uma revisão bibliográfica da literatura, visando embasar o tema cuidados maternos ao RN prematuro no ambiente domiciliar. A segunda parte aborda a opção metodológica, desenvolvida na abordagem da pesquisa qualitativa, respaldada na Etnografia, sob o Método da Etnoenfermagem, criado por Leininger, com intuito de facilitar a descoberta de dados focados na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (LEININGER, 2002). Já a terceira parte, descreve o fazer etnográfico, o qual compreende o relato dos procedimentos éticos e das técnicas de coleta de dados desenvolvidas neste estudo, por meio da Observação Participante, de oficinas e de entrevista semiestruturada.

Acredito que este estudo me transformou em uma profissional de saúde muito mais humanista e menos tecnicista, pois realmente pude compreender que não existe somente a mãe ou somente o filho, mas, sim, uma família que na maioria das vezes está amedrontada e cheia de incertezas e que necessita de cuidado. Acredito também que me transformei em uma mãe muito melhor, pois o fato de ver e de conhecer as histórias dessas mães me fizeram refletir sobre o “Ser Mãe” e sobre nossa capacidade de adaptação e de superação das adversidades vividas.

2 INTRODUÇÃO

A gravidez é um período de constantes modificações físicas, psicológicas e sociais na vida da mulher. É representada como um fenômeno complexo e singular, demonstrando que os cuidados à gestante devem ultrapassar a dimensão biológica e compreender todo o contexto biopsicossocial que envolve o fenômeno gestacional (LEITE et al., 2014). Assim, com o nascimento da criança inicia-se, na mulher, o processo de adaptação psicológica à maternidade, que é intenso e permeado por importantes transformações pessoais, caracterizado pela vivência de aquisições e de perdas irreversíveis nos aspectos físicos, psicológicos e sociais de sua vida (ABRÃO et al., 2009).

Toda gestante planeja o nascimento de seu filho sem nenhuma intercorrência, assim no parto, como no retorno ao lar. As mães de bebês prematuros devem desenvolver habilidades, na maioria das vezes consideradas difíceis, tais como o manejo dos cuidados diários com a higiene do bebê e a amamentação. Com o nascimento de um bebê prematuro, diversos sentimentos negativos podem vir à tona em uma mãe, como a potencialização da insegurança em relação ao recém-nascido (RN), por exemplo. Em uma situação de parto prematuro, a mãe terá de vivenciar um período puerperal diferenciado, rompendo com seus projetos e desejos, ou seja, desfazendo a situação idealizada durante todo o ciclo gestacional.

A Organização Mundial da Saúde (2015) define como prematuro todo bebê nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas (com mais de 196 dias, porém menos de 259 dias completos de gestação); e, como prematuro extremo, aquele nascido com idade gestacional menor que 28 semanas (menos de 196 dias completos de gestação). Para o recém-nascido prematuro (RNP) ou prematuro extremo, algumas condições clínicas são específicas, as quais seguem destacadas. Quando esse fenômeno ocorre, a impossibilidade de chegar ao final do terceiro trimestre de gravidez, momento em que se supõe que a gestante esteja mais preparada psicologicamente para o nascimento, acaba acarretando um sofrimento adicional a essas mulheres, pois estas devem se confrontar com um bebê frágil (LEBOVICI, 1987).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 15 milhões de crianças nascem prematuramente em todo o mundo, sendo que esse número vem aumentando; e, cerca de 1 milhão de crianças prematuras que sobrevivem podem enfrentar, ao longo de seu desenvolvimento, dificuldades físicas, neurológicas ou de aprendizagem, envolvendo um alto custo às famílias e à sociedade (WHO, 2015). A prematuridade e o baixo peso são as condições do RN que normalmente irão requerer cuidados especiais, os quais podem ser realizados somente por meio da hospitalização. Nessa fase, é de suma importância que a mãe esteja

presente (PAIVA et al., 2013). Nesse sentido, os cuidados dispensados nesse período de vida devem contemplar o binômio mãe-filho, que hoje se amplia para toda a família. O cuidado à saúde da puérpera e o cuidado à saúde do RN estão interligados, uma vez que um interfere e influencia direta e indiretamente no outro (MARCACINE; ORATI; ABRÃO, 2012).

Para que a mãe do RNP inicie a aproximação com o seu filho, dentro da rotina de cuidados da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), terá de lidar com o impacto que o parto antecipado e a própria existência de um filho prematuro lhe causam. Todo esse processo de prematuridade causa eminente impacto no binômio mãe-prematuro. Assim, para que a mãe inicie a aproximação e mantenha contato adequado com o filho, faz-se imprescindível o apoio de toda a equipe da unidade em momentos de aprendizado os quais devem emergir da relação equipe de saúde-mãe-neonato prematuro, com o intuito de prepará-la ao papel de cuidadora no âmbito domiciliar, chegando ao momento da alta hospitalar segura das suas responsabilidades (DUARTE et al., 2010).

A equipe de enfermagem, responsável por grande parte dos cuidados hospitalares, deve permitir que as necessidades sentidas pelas mães aflorem, em vez de determiná-las. Além disso, faz-se premente a elaboração de ações de assistência ao bebê junto às mães, com estímulo ao toque e apropriação dos cuidados; visto que estas podem ter os sentimentos oscilantes de apreensão, inquietação e medo, durante o processo de internação. E, ainda, as mães podem não se sentir capazes para cuidar de bebê prematuro, em virtude dos sentimentos de apreensão, de ansiedade, de inquietação e de medo, os quais são considerados triviais após o evento da alta hospitalar (FROTA et al., 2013).

Diante desse contexto, a equipe de enfermagem que assiste às mães de prematuros, aliada à equipe multiprofissional, deve esforçar-se no sentido capacitá-las para que entendam o porquê de se realizarem determinados cuidados com o bebê prematuro que, por muitas vezes, pode diferenciar-se daqueles oferecidos ao bebê a termo. Dada a importância do preparo materno, é preciso buscar estratégias para fortalecê-lo no intuito de tornar esse preparo mais eficaz (DUARTE et al., 2010).

O preparo materno para a alta do neonato prematuro é um aspecto essencial para que a mãe assuma com competência e responsabilidade o cuidado do filho no domicílio. Esse preparo ocorre por meio de orientações sobre os cuidados básicos com o bebê prematuro. Cabe à enfermagem buscar oferecer uma assistência efetiva, de qualidade e individualizada, com o intuito de minimizar as dificuldades e de encontrar meios que facilitem o preparo dessas mães.

Algumas mães levam seu RN ao domicílio sem preparo prévio para esta nova realidade. Esse aspecto ressalta a importância de fornecer, aos cuidadores de prematuros,

durante a internação do bebê, informações que englobem a mãe no processo de aprendizagem, não apenas como receptora passiva de informações, mas também como sujeito ativo da educação (FROTA et al., 2013).

Por sua vez, a alta hospitalar do prematuro ocorrerá independentemente das condições de moradia e da competência dos pais, tornando-se necessário um vínculo entre os diversos níveis da Rede de Atenção à Saúde, cada um executando suas atividades inerentes. Assim, a Atenção Primária deverá traçar estratégias de cuidado para os RNP a partir do que foi vivenciado e orientado à mãe cuidadora e a sua família durante todo o período de internação. Dessa forma, partindo dessa experiência hospitalar, poderá ser planejada e implementada uma assistência como uma das estratégias da Rede de Apoio, com vistas a garantir um suporte técnico e social que ofereça segurança à mãe durante os cuidados domiciliares com seu filho prematuro.

O bebê prematuro é uma criança considerada de alto risco e necessita, após a alta hospitalar, de cuidados especiais por parte da mãe por um período prolongado, com vistas à melhora no seu desenvolvimento, além de especificidades na atenção à saúde. Assim sendo, ele necessitará de uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde e dos pais, em especial das mães, para que tenha um desenvolvimento satisfatório, visto que a prematuridade, por si só, já é considerada como um fator de risco aos atrasos no desenvolvimento psicomotor dessa criança (BOTÊLHO et al., 2012). Nesse contexto, uma grande variedade de problemas de saúde podem acometer os prematuros, antes e após a alta hospitalar; dentre estes, destacam-se os problemas de alimentação, de crescimento, as morbidades respiratórias, o refluxo gastroesofágico, as anemias, as deficiências ou atrasos no desenvolvimento neurológico (CHO et al., 2012).

O acompanhamento do RNP é de suma importância e, idealmente, deve ser realizado por uma equipe multiprofissional capacitada e integrada. É fundamental que todos os profissionais da área da saúde, inclusive os que atuam na Atenção Primária à Saúde saibam sobre os RN que necessitam desse acompanhamento, de forma a encaminhá-los precocemente aos serviços de saúde, uma vez que esses prematuros nem sempre são diretamente encaminhados após a alta das UTINs, ou seus pais não atendem ao encaminhamento feito no momento da alta médica (FERRAZ et al., 2010).

Sabemos que, na realidade, toda a assistência é oferecida durante o período de internação e de preparo para a alta do RNP; contudo, como as mães de bebês prematuros enfrentam a volta para a casa? Quais mecanismos elas usam nesse processo? Como desenvolvem suas habilidades de cuidado com o filho prematuro?

2.1 RELEVÂNCIA

É fundamental que os serviços e as equipes de saúde atentem à necessidade de envidar esforços crescentes, no sentido da padronização das ações educativo-assistenciais, considerando-se as contingências específicas desta clientela, e reconhecendo, nos pais e na família do bebê prematuro, uma parceria à construção de uma assistência de maior qualidade, a qual pode e deve se estender ao domicílio de cada bebê atendido (SCHMIDT et al., 2011).

Nesse ínterim, visando garantir que aqueles cuidados ofertados no ambiente hospitalar aconteçam também no domiciliar, as orientações durante a alta hospitalar tornam-se protagonistas, visto que têm potencial de contribuir com a reabilitação e com a recuperação do bebê prematuro, de prevenir complicações ou agravos evitáveis, morbidades e, por fim, de evitar reinternações. Além disso, ainda podem fornecer segurança aos pais e cuidadores, consequentemente, atuando na promoção e na melhora da qualidade de vida da família.

Assim sendo, na equipe multiprofissional de saúde, o profissional de enfermagem recebe destaque, pois em sua prática desempenha papel imprescindível de educador, ao atuar em instituições, como aquelas hospitalares. Nas unidades de internação neonatais, orientações aos familiares são importantes, visto que bebês prematuros que recebem alta estão mais sujeitos aos agravos, à piora de seu quadro, assim como têm mais chance de retornarem à instituição hospitalar para tratamento de suas complicações (SILVA; OLIVEIRA, 2007).

Portanto, essa problemática requer dos profissionais de saúde uma reflexão acerca de como estão sendo desenvolvidas as ações educativas no processo de alta hospitalar do RN da UTIN, assim como também repensar sua atuação como educador em saúde e como articulador na atenção à saúde dos indivíduos nos diversos níveis de assistência (NIETSCHKE et al., 2012).

Este estudo poderá contribuir com a elaboração e com a implementação de ações educativas tanto no planejamento quanto na execução da alta hospitalar do RN em unidade intensiva, pautadas na integralidade e na continuidade da assistência. Além disso, poderá fomentar a reflexão sobre as práticas em saúde, a fim de dar visibilidade aos profissionais acerca da importância de se fornecer aos pais o acesso às informações, respeitando suas necessidades, individualidades, proporcionando a conquista de autonomia na tomada de decisão quanto à saúde de seu RNP.

Diante desse cenário de preparo dos pais de RNP, buscar, investigar, discutir e contextualizar o fenômeno e seus vários determinantes no cotidiano da família, pode resultar na elaboração de um marco temático, o qual poderá servir como subsídio da assistência de enfermagem à família. Pois os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar,

organizar e avaliar as ações que respondam as necessidades do RNP e de sua família, na articulação com diversos setores envolvidos na promoção da saúde.

Além disso, a compreensão da vivência da família no cuidado ao RNP ajudará a implementação de ações de prevenção, de tratamento e de reabilitação, visando ao desenvolvimento saudável, livre de patologias, de intercorrências evitáveis e de reinternações, por meio da educação em saúde. Ainda, a realização desta pesquisa também tem potencial para contribuir no aprofundamento do conhecimento nas áreas de Saúde Pública, Saúde da Criança, Neonatologia, Puericultura e Saúde da Mulher.

3 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo são:

- a) Compreender como as mães realizaram o cuidado domiciliar do recém-nascido prematuro;
- b) Descrever como esse cuidado ocorreu, por meio de suas falas.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Visando embasar o tema cuidados maternos ao RNP no ambiente domiciliar, realizou-se uma revisão integrativa, considerando-se artigos científicos, teses e dissertações. Essa revisão foi submetida e já está aceita para publicação na Revista Evidentia em 2018. A busca ocorreu nas Bases de Dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL); U.S. National Library of Medicine (NLM-PubMed); Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Para a busca empregou-se os descritores da Biblioteca Virtual de Saúde, “Família”, “Prematuridade”, “Infant, Premature”; “Comportamento materno”, “Maternal Behavior”; “Cuidado do lactente”, “Infant Care ” com o operador Booleano AND, nas estratégias de busca “Família AND Prematuridade AND Comportamento materno AND Cuidado do lactente”.

Os critérios de inclusão adotados foram artigos disponíveis na íntegra, publicados no período compreendido entre 2006 e 2016, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordaram o tema. Como exclusão, os artigos que estivessem duplicados em mais de uma base de dados e os que não obedecessem aos critérios previamente estabelecidos. Foram encontrados 11 artigos na LILACS; 3 artigos na CINAHL; 7 na PubMed; e, 2 na BDENF, totalizando 26 artigos; destes, 50% estavam escritos em inglês.

Foi realizada leitura compreensiva e análise crítica do conteúdo dos artigos encontrados na busca. Os trechos que poderiam contribuir à revisão foram destacados nos artigos. Esses textos em destaque foram examinados para identificar os itens descritos no Instrumento para coleta de dados. A análise foi realizada e foram atribuídos códigos aos textos extraídos, o que permitiu o rigor dos dados. A seguir, o processo comparativo constante foi realizado com o intuito de organizar e de consolidar os dados em categorias, utilizando técnicas qualitativas de pesquisa como ferramentas primárias para o desenvolvimento da revisão (COWLES, 2000; WALKER; AVANT, 1995).

Como o número de publicações encontrado foi reduzido, percebe-se a existência de lacunas no conhecimento sobre a temática. Este fato corrobora com a relevância deste estudo. Com vistas a aprofundar o embasamento teórico, buscou-se por documentos oficiais nacionais que direcionem a assistência aos RNP. Os dados encontrados foram organizados na forma de categorias, as quais estão descritas a seguir.

4.1 PREMATURIDADE

O Brasil tem firmado compromissos internos e externos visando à melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à gestante e ao RN com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil. Em 2004, foi firmado o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o objetivo de articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e de crianças. Em 2009, a diminuição da mortalidade neonatal foi assumida como umas das metas à redução das desigualdades regionais no País, sob a coordenação do Ministério da Saúde. Tinha como objetivo reduzir em 5% as taxas de mortalidade neonatal nas regiões da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiro (BRASIL, 2014).

No cenário internacional, o Brasil assumiu as metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), dentre as quais está a redução da mortalidade infantil. O Objetivo do Desenvolvimento do Milênio 4 tem como meta reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade. Em 2008, a taxa de mortalidade na infância no Brasil era de 22,8 óbitos por mil nascidos vivos (NV), com redução consistente em todas as regiões do País nos últimos anos. Desde 1990, ano-base para comparação do avanço dos ODM, até 2008, a redução nacional média foi de 58%, com diferenças regionais: 62% na região Nordeste, 57% na região Sul, 55% na região Sudeste e 53% nas regiões Norte e Centro-Oeste. Na meta definida para este ODM, a taxa de mortalidade na infância deve ser reduzida para 17,9 óbitos por mil NV até 2015. Estima-se que, se persistir a tendência de redução atual, o Brasil atingirá a meta antes do prazo (BRASIL, 2011, p.7).

Nesse contexto, o grande progresso técnico-científico ocorrido nas últimas décadas culminou em uma considerável melhoria na assistência perinatal. A partir da década de 1970, observou-se diminuição progressiva da mortalidade neonatal influenciada pelo advento das UTIN, por uma melhor compreensão das principais fisiopatologias que acometem os prematuros, pela reposição do surfactante exógeno, pelo aprimoramento dos equipamentos utilizados no tratamento e na recuperação dos prematuros, dentre outros (BENGOZI et al., 2010).

Entretanto, a morbidade dessas crianças em curto e longo prazo não tem acompanhado a redução da mortalidade. Ao contrário, houve um aumento de doenças associadas à morbidade, decorrentes do aumento da sobrevivência dos prematuros extremos, expondo esta população a um maior risco de sequelas e a família às situações de crise e de sofrimento (BENGOZI et al., 2010).

Quando o bebê prematuro passa por uma situação de hospitalização, ele poderá desenvolver alguma sequela futura, a partir da qual poderá ser encaminhado pela equipe médica, após a alta hospitalar, a um serviço de estimulação precoce, com o objetivo de obter o

desenvolvimento satisfatório para alcançar uma marcha independente (BOTÊLHO et al., 2012). No entanto, é convencional, em muitos Países, inscrever prematuros e outras crianças de alto risco em programas de acompanhamento do desenvolvimento, visando à avaliação formal e ao diagnóstico precoce de deficiência infantil (PRITCHARD et al., 2013).

Com o desenvolvimento dos recursos tecnológicos, a principal preocupação do profissional que atua em uma UTIN volta-se à manutenção da vida dos RN cada vez mais prematuros e, para isso, prioriza-se a qualidade da assistência prestada no ambiente hospitalar, por meio de profissionais treinados e de equipamentos de alta densidade tecnológica. Gradativamente, com o sucesso das intervenções, é cada vez maior a sobrevida do RN prematuro egresso da UTIN, o que amplia sua necessidade de cuidado domiciliar, o qual passa a ser desempenhado pelos principais cuidadores: os pais e os familiares (COUTO; PRACA, 2009).

A assistência de enfermagem oferecida de forma integral pode interferir positivamente no crescimento e no desenvolvimento adequado do prematuro, prevenindo os riscos à saúde inerentes ao contexto da criança, tendo como meta garantir uma melhor qualidade de vida; e à família, melhores possibilidades de enfrentamento da nova situação, minimizando seu sofrimento (BENGOZI et al., 2010).

4.1.1 Controle térmico

Entende-se por controle térmico do RNP a manutenção da temperatura corporal em equilíbrio. A temperatura corporal é o resultado do balanço entre os mecanismos de produção e de eliminação do calor. No RNP, pode ocorrer desequilíbrio desses mecanismos, com aumento nas perdas e limitação na produção de calor (BRASIL, 2014).

Além disso, os RNs possuem dificuldade em dissipar calor nos ambientes superaquecidos e são suscetíveis a desenvolver infecções, o que aumenta o risco de hipertermia, principalmente naqueles prematuros (VENTURA; ALVES; MENESES, 2012). Assim, faz-se necessária a atenção redobrada, visto que a hipotermia pode desencadear vasoconstrição periférica, acionando o metabolismo anaeróbico e acidose metabólica que irão produzir constrição de vasos pulmonares. Nos prematuros extremos, as próprias condições anatomo-fisiológicas podem favorecer a hipotermia, o que dificulta a estabilização da temperatura corporal, necessitando assim de mais cuidados, com conseqüente manuseio excessivo do RN (ROLIM et al., 2012).

4.1.2 Persistência do Canal Arterial (PCA)

O canal arterial é um vaso que liga a artéria pulmonar à aorta durante toda a vida intrauterina, é responsável pelo desvio de 60 a 70% do fluxo sanguíneo da circulação pulmonar de alta resistência à aorta descendente. A oclusão normal do canal arterial inicia-se logo após o nascimento, com a vasodilatação, em decorrência do aumento da concentração de oxigênio arterial, que tem efeito constritor, e da redução dos níveis circulantes de prostaglandina E2. Isso ocasiona a redução do fluxo sanguíneo na parede do canal arterial que, conseqüentemente, acarretará a redução da nutrição das células da musculatura lisa, diante da hipóxia e de isquemia local (BRASIL, 2014). No RNP, é frequente a Persistência do Canal Arterial (PCA) devido à grande sensibilidade às prostaglandinas, à maior incidência de hipóxia e de acidose, e à migração deficiente da musculatura que leva à vasoconstrição do CA (HAMRICK; HANSMANN, 2010).

PCA é uma anomalia que acomete grande número de RNP, podendo levar a repercussões clínicas significativas, com impacto na morbimortalidade desses pacientes, pois a constrição inicial não é eficaz e o grau de hipóxia tecidual não é suficiente para deflagrar o processo de oclusão total do canal arterial. Assim, a comunicação aorto-pulmonar resulta em um grande *shunt* esquerda-direita, ao longo dos primeiros dias de vida do RN. Observa-se que, quanto maior for o diâmetro do CA, menor é o fluxo sanguíneo sistêmico no 1º dia de vida e maior é o fluxo sanguíneo pulmonar, justificando-se, assim, as possíveis hemorragias pulmonares nos primeiros dias de vida. Com a PCA, ocorre hiperfluxo pulmonar e hipofluxo sistêmico que podem estar associados a morbidades no RNP, tais como doença pulmonar crônica, hemorragia ventricular, leucomalácia, enterocolite necrosante, insuficiência renal, insuficiência cardíaca congestiva, retinopatia da prematuridade e aumento da mortalidade em pacientes com síndrome do desconforto respiratório (VISCONTI et al., 2013; BRASIL, 2014).

A PCA é uma das cardiopatias congênitas mais comuns cujo tratamento oportuno leva à cura e à expectativa de vida iguais às da população em geral. A partir da década de 1990, houve intenso progresso nas técnicas de fechamento percutâneo dessa lesão e, atualmente, esse procedimento é um dos mais realizados nos laboratórios de cateterismo, em grandes centros de referência (COSTA et al., 2014).

4.1.3 Retinopatia da prematuridade

A retinopatia da prematuridade (ROP) é uma enfermidade vaso-proliferativa secundária à vascularização inadequada da retina imatura dos RN prematuros e às possíveis complicações, como descolamento de retina, podem condicionar diminuição da acuidade visual e até provocar a cegueira (BRASIL, 2014).

A retina humana permanece avascular até o quarto mês de vida intra-uterina, sendo nutrida por difusão pelos vasos da coroide. No quarto mês, células fusiformes de origem provavelmente mesenquimal formam uma densa rede de capilares que crescem do nervo óptico para a periferia da retina. Os fotorreceptores, de forma semelhante, crescem do nervo óptico para a periferia, sendo que 80% chegam à ora serrata com 28 semanas de gestação. Há um sincronismo entre a progressiva demanda de oxigênio pelos fotorreceptores e o desenvolvimento dos vasos retinianos, estimulado pelo fator de crescimento do endotélio vascular (VEGF) (GRAZIANO; LEONE, 2005).

A ROP está relacionada ao VEGF e a fatores não regulados pelo oxigênio que, quando em níveis baixos, inibem a vascularização retiniana e, quando em excesso, estimulam a neovascularização da retina. Após o nascimento prematuro, a hiperóxia a que o RNP é submetido inibe a produção de VEGF. A administração de oxigênio suplementar pode levar a uma hiperóxia mantida, resultando na obliteração dos vasos e na não vascularização da retina. Com o tempo, a demanda metabólica do olho em crescimento aumenta e a área de retina periférica não perfundida torna-se hipóxica, levando à superprodução de VEGF que irá estimular a neovascularização da retina (HELLSTRÖM et al., 2003).

A Classificação Internacional da ROP definiu a doença de acordo com sua gravidade (estadiamentos 1-5), com a localização (zonas I-II-III) e com a extensão em horas (1-12 horas), com ou sem doença “plus” (dilatação arteriolar e tortuosidade venosa), cuja presença seria um indicador de atividade da doença, sendo uma forma mais grave que afeta o polo posterior (zonas I e II), conhecida como doença pré-limiar (ICROP, 2005).

Os progressos com os cuidados intensivos oferecidos aos RN, com mais recursos técnicos, com formação de pessoal médico e não médico, melhor qualidade da reanimação em sala de parto e da assistência na UTIN, são fatores determinantes da maior sobrevivência de RN prematuros extremos, o que não necessariamente implica a redução da prevalência de morbidades na mesma população (BRASIL, 2014).

4.1.4 Necessidades nutricionais do RN

Otimizar o crescimento do RNP semelhante à que ocorre intraútero no período neonatal e colocá-lo em uma trajetória de crescimento mais próxima à esperada, reduzindo assim a prevalência de déficit de crescimento, suprimindo as necessidades nutricionais, é de suma importância, uma vez que o RNP necessita praticamente das mesmas quantidades calóricas de um feto com a mesma idade gestacional, cerca de 14 a 16g/kg/dia (BRASIL, 2014).

O leite materno apresenta inúmeras vantagens, como melhor digestibilidade e capacidade de prover componentes imunológicos exclusivos, além de possuir perfil nutricional perfeitamente balanceado para uso nos RN pré-termo. Fortes evidências também sugerem que o uso do leite materno pode diminuir a incidência de enterocolite necrosante. No entanto, manter a produção de leite de mães de RN prematuros é um desafio a ser enfrentado pela equipe de saúde (BRASIL, 2014).

A mãe do RNP deve ser estimulada a manter contato com seu filho desde as primeiras horas após o parto. Ela precisa iniciar, desde o primeiro dia, a ordenha sistemática das mamas, oferecendo seu próprio leite para que se inicie a alimentação enteral da criança. As vantagens do leite de mães de RNP em relação ao leite de banco de leite humano são reconhecidas. Durante toda a internação do RNP, as mães devem manter a lactação com ordenha a cada três ou quatro horas e oferecer o seio tão logo o filho tenha condições de sugar, deglutir e de respirar de forma coordenada e efetiva (BRASIL, 2014).

Após a alta hospitalar, o leite materno continua sendo o padrão ouro para a alimentação de lactentes nascidos antes do tempo, inclusive os de muito baixo peso e de extremo baixo peso (BRASIL, 2011, p.82).

Por fim, a nutrição do RN, seja ela enteral ou parenteral, deve ser iniciada o mais precocemente possível com o objetivo de assegurar ganho de peso adequado, de prevenir infecções e de reduzir o período de internação hospitalar (DAMASCENO et al., 2014).

Além das especificidades clínicas, o RNP também necessita de uma atenção diversificada. Nesse contexto, apresentamos a seguir as mudanças relacionadas às políticas de saúde para essa clientela.

4.1.5 Atenção humanizada ao RN de baixo peso: Método Canguru (MC)

O Ministério da Saúde, objetivando humanizar a assistência neonatal, criou através da Portaria Ministerial nº 693, atualizada pela Portaria GM nº 1683 de 12 de julho de 2007 a Política de Saúde: Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru.

MC é um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele o mais cedo possível entre os pais e o RN, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, promovendo autonomia e competência parental a partir do suporte da equipe, da interação familiar e de redes sociais (BRASIL, 2014, p.29).

O MC é composto por três etapas. A primeira inicia no pré-natal da gestante de alto risco, seguido da internação do RN na UTIN, onde se enfoca o acolhimento dos pais, o livre acesso dos mesmos na Unidade, a participação destes nos cuidados, o início do estímulo à amamentação e o progressivo contato pele a pele do RN com sua família. Já a segunda etapa, consiste na permanência contínua da mãe/família com RNP, esta é a etapa que exige do RN estabilidade clínica, nutrição enteral plena e peso mínimo de 1.250g, o conhecimento da mãe/família para reconhecer alterações que possam ocorrer com o mesmo, além do desejo e disponibilidade de permanência no hospital, em suma, funciona como um estágio para alta hospitalar. A última etapa acontece via ambulatorial, onde o MC que estava sendo realizado no ambiente hospitalar passa a ser efetivado no domicílio. Para essa etapa, são exigidos o compromisso familiar para a realização do método, o peso mínimo do RN de 1.600g, e, sobretudo, uma mãe segura, motivada e bem orientada. A família e o RN retornam ao hospital para consulta cerca de duas vezes por semana até atingirem o peso ideal para a alta definitiva, de 2.500g (BRASIL, 2014).

O atendimento ao RNP requer estruturas hospitalares com grande aparato tecnológico. Esses ambientes, mesmo sendo de extrema importância para a assistência ao neonato de risco, possuem fatores estressores, além de dificultarem o contato entre os pais e o RN por longos períodos. Assim, a implantação do MC torna-se essencial à mudança institucional na busca de uma atenção centrada na humanização da assistência ao RN e à família (SILVA; SALMERON; LEVENTHAL, 2012).

O MC proporciona à mãe algo único após um contato inicial ineficaz devido à condição de saúde do RN. Ser indispensável ao cuidado do bebê torna a mãe útil e apaga possíveis mágoas de um parto negativo, voltando a um estado de equilíbrio (OLIVEIRA et al., 2015). Devido aos diversos sentimentos que a mãe pode apresentar como insegurança, medo, angústia e tristeza por ver seu filho prematuro envolto em um ambiente que não é a sua barriga, sem o acolhimento e o aconchego necessários para o seu desenvolvimento, ela muitas vezes se sente culpada por ele ter nascido antes do período determinado. Às mães, o MC é uma forma de elas se redimirem dessa culpa, fazendo com que possam contribuir para que seu bebê tenha alta da UTIN (Nunes et al., (2015) o mais rápido possível.

4.1.6 Redes familiares: participação dos irmãos e dos avós nos cuidados ao prematuro

A descoberta das necessidades da mãe e do pai, assim como as do próprio bebê, de usufruir de sua presença durante a hospitalização tem sido um dos grandes ganhos do MC. Sua presença traz, para todos, vivências de uma estrutura familiar que, mesmo em situação de crise, pode ser mantida pelas funções relacionais de cuidado e de afetividade. Se para o bebê internado esses parceiros trazem a narrativa da história familiar, para os irmãos e para os avós, sua participação reforça o valor dos vínculos familiares que, neste momento, são reconhecidos pela equipe do hospital como capazes e necessários nas medidas de intervenção no RN (BRASIL, 2014).

A participação dos irmãos nos cuidados ao bebê, por meio da visita acompanhada à UTIN, promove uma oportunidade de aproximação entre as crianças da família, permitindo uma relação afetiva natural, espontânea e segura. O apoio dos avós é algo facilitador na transição que os pais têm de enfrentar face à prematuridade de um filho (BARRADAS, 2008; INÁCIO, 2011).

4.2 CUIDADOS MATERNO NO DOMICÍLIO

Por longo período, o contato materno com o filho prematuro na UTIN acontecia apenas no toque, na troca de fraldas e na higienização. Superadas as barreiras que impediam o contato mais íntimo, os avanços na evolução clínica do bebê permitiram os primeiros passos para uma convivência mais direta e a interação mãe-bebê foi fortalecida, gerando momentos satisfatórios na trajetória materna na UTIN (SOUZA et al., 2010).

Durante a hospitalização do RN, vários sentimentos e reações podem emergir. Em muitos casos, é comum que a mãe procure fugir da situação para não ser responsabilizada a cuidar de um filho na condição de prematuro, enquanto outras procuram estar ao lado de seu filho cada minuto que lhe é permitido pela equipe de saúde, no intuito de aprender a cuidar dele e de aumentar a interação afetiva com o bebê (BOTÊLHO et al., 2012).

O bebê prematuro é uma criança considerada de alto risco e que necessita, após a alta hospitalar, de cuidados especiais por parte da mãe por um período prolongado, tendo em vista a melhoria no seu desenvolvimento neuropsicomotor e suas especificidades de saúde. Sendo assim, ele necessitará de uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde e dos pais, especialmente das mães, para que tenha um desenvolvimento satisfatório (BOTÊLHO et al., 2012).

O período de adaptação entre mãe e filho no domicílio é, por vezes, permeado de angústias e de medos (SOARES et al., 2010). O estresse evidenciado pelos pais durante a internação do RNP pode interferir em sua habilidade de aprendizado efetivo ainda no ambiente hospitalar; por isso, os pais frequentemente necessitam de reforço no aconselhamento após a alta do filho (COUTO; PRACA, 2009). As mães de RNP experimentam significativamente maior sofrimento psicológico imediatamente após o parto, e sua angústia pode persistir após o parto (BRANDON et al., 2011).

A dinâmica de preparo da mãe para o cuidado do filho prematuro, na UTIN, é favorecida pela atuação dos profissionais de enfermagem envolvidos em sua assistência. Essa é reconhecida pelas mulheres como facilitadora de sua capacitação para cuidar do bebê prematuro no domicílio, trazendo-lhe segurança no desempenho do seu papel de cuidadora e favorecendo sua adaptação às necessidades específicas do RN (COUTO; PRACA, 2009).

A associação da prematuridade à fragilidade do filho prossegue mesmo após a alta hospitalar do bebê. Para as mães, os prematuros são crianças pequenas, sob risco constante de adoecer. Essa compreensão faz com que elas disponibilizem mais tempo para cuidar e para protegê-los (SOUZA et al., 2010). Essas mães necessitam de orientações por parte dos profissionais de saúde, ainda no momento que os bebês estão hospitalizados. Considera-se que, por meio da educação em saúde, com orientações pertinentes sobre o cuidado dos bebês no domicílio, a preocupação e a aflição das mães poderão ser minimizadas (BOTÊLHO et al., 2012).

É necessário reforçar o contato entre pais e filhos em ambientes neonatais, para aumentar o envolvimento dos pais no cuidado dos bebês e facilitar a aquisição de parentalidade, da confiança e das habilidades antes da alta hospitalar. Os profissionais de saúde nesse cenário sofrem e recebem desafios específicos para conseguir preparar populações vulneráveis, como por exemplo, mães adolescentes, famílias indígenas, pais sem educação formal ou aqueles que vivem na pobreza; isto é, torna-se árdua a tarefa de conseguir assistir eficientemente com recursos de saúde limitados e um sistema de saúde fragmentado. Os profissionais de saúde também devem identificar a importância de uma abordagem de equipe unificada para realizar esse preparo, como um ensino individualizado adaptado às necessidades educacionais específicas dos pais; uso de ferramentas sistemáticas para orientar e para avaliar a preparação dos pais para alta hospitalar; e, as relações entre hospitais e serviços comunitários para as famílias com bebês prematuros (RAFFRAY et al., 2014).

Para a equipe de saúde, o principal elemento no processo de preparo à alta hospitalar consiste em orientar os pais e deve envolver aspectos como: alimentação, higiene, vacinação,

crescimento e desenvolvimento, possibilidades de sequelas e de complicações, acompanhamento ambulatorial e vínculo afetivo (GAÍVA et al., 2006).

Na orientação aos pais, é fundamental mais detalhamento para evitar que eles se sintam inseguros em casa, além de permitir que eles possam compreender o crescimento de seus filhos prematuros, bem como a importância do acompanhamento do serviço de saúde. Isso requer tempo e um processo de ensino e aprendizagem eficaz, que atenda às necessidades peculiares de cada família e possa ser executado satisfatoriamente. A equipe de saúde deve estar atenta para reconhecer as reais necessidades de aprendizagem da família, no que tange ao empoderamento dos cuidados de seu próprio filho (CHIODI et al., 2012).

Nesse cenário de intenso contato entre profissional e pais, os enfermeiros podem iniciar discussões com as mães, relacionadas aos comportamentos interativos que elas observam como por exemplo olhando ou falando, assim como aqueles que podem não ser tão evidentes como por exemplo sendo o cuidador principal, visando perceber os fatores culturais que podem afetar essas interações, bem como fatores individuais específicos das famílias. Também essas mães podem necessitar de educação e de demonstração de comportamentos interativos positivos que são apropriados ao nível de prematuridade e de idade corrigida de seu bebê. Tal educação é mais efetiva quando baseada no entendimento das interações típicas do contexto sociocultural da mãe. No entanto, independentemente de aspectos étnicos, os enfermeiros precisam apoiar as mães na adoção e na manutenção dos comportamentos interativos positivos com seus RNP, a fim de minimizar os problemas potenciais do desenvolvimento tardio (BROOKS; DAVIS; LANDERMA, 2013).

O profissional de enfermagem deve oferecer abertura aos pais e esclarecer dúvidas sobre o cuidado e desenvolvimento da criança, além de fornecer orientações para que possam lidar com a situação da prematuridade, reservando tempo suficiente para discussões entre todos os envolvidos. Após a alta hospitalar, caberá ao enfermeiro da Atenção Básica, o devido acompanhamento da família. Para o alcance do vínculo, o enfermeiro poderá lançar mão da visita domiciliar, como uma tecnologia de cuidado. As visitas domiciliares devem reforçar o ensino sobre a prematuridade, sobre as necessidades de cuidados diários, sobre o tratamento médico ou até mesmo sobre o desenvolvimento infantil (LOPEZ; KATHRYN; FEUTCHINGER, 2012; SCHMIDT; HIGARASH, 2012). O cuidado domiciliar envolve diversas particularidades advindas da própria prematuridade e das necessidades específicas do bebê de risco, como foi discutido anteriormente.

Em geral, é a mãe quem assume o papel de principal cuidador do bebê, tanto durante a internação quanto no domicílio. Portanto, ela se destaca como a protagonista e deve ser

entendida como o foco principal do processo de ensino-aprendizagem do cuidado (SCHMIDT; HIGARASH, 2012).

4.3 IMPACTO DO NASCIMENTO PREMATURO NA FAMÍLIA

As famílias, como foco central dos cuidados de enfermagem neonatal, são reconhecidas globalmente. As diferenças culturais e de prestação de cuidados de saúde podem diferir, mas a necessidade de apoio à família, tanto na UTIN como durante a transição para o lar não(KENNER et al., 2007). Uma das fases mais críticas no ciclo vital da família é a fase na qual ela vive a chegada dos filhos, momento em que novos papéis familiares são processados e as dinâmicas relacionais são restabelecidas (WERNET; ÂNGELO, 2007).

Devido às condições clínicas do RNP, muitas vezes, há a necessidade de permanência hospitalar prolongada, o que gera importantes repercussões no contexto familiar da criança, podendo afetar o vínculo entre os prematuros e seus pais (COUTO; PRACA, 2009). Entretanto, os profissionais, ao prepararem os familiares para a alta do bebê, devem enfatizar a necessidade e a importância da manutenção do vínculo com o serviço de acompanhamento pós-alta, para a prevenção de complicações no desenvolvimento da criança (GAÍVA et al., 2006).

A participação da família nos cuidados diários é uma iniciativa interessante como forma de preparo à alta, todavia realizada, não só na liberação do RN para seu lar, mas sim com início precoce, de modo a conferir aos familiares mais segurança e autonomia. Essa concepção de preparo para a alta precoce deve ser motivo de reflexão das equipes de saúde engajadas na obtenção de melhores resultados no período após a hospitalização (CHIODI et al., 2012).

A criança que permanece internada por algum tempo, quando chega a sua casa, necessita de cuidados específicos que diferem das demandas de cuidado do bebê a termo saudável. Embora seja realizado um preparo técnico para a alta por meio de informações e acompanhamento contínuo da capacitação desses pais e familiares, estes ainda experimentam sentimentos de insegurança e, muitas vezes, de impotência, por se encontrarem distante dos cuidados da equipe hospitalar, a qual lhes conferia maior confiança (SANTOS et al., 2014).

Nesse sentido, um dos grandes desafios na assistência neonatal é prover ações de cuidado que atendam às necessidades da família do neonato. A maioria das UTIN tem como foco a assistência ao prematuro, não havendo intervenções sistematizadas para o atendimento das necessidades da família, nem para capacitá-la a vivenciar o processo de cuidar de um bebê prematuro (GAÍVA et al., 2006).

Todas essas características poderão estar presentes nos RNP, por esse motivo houve a escolha desse referencial teórico.

5 PROCESSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, explanaremos os aspectos metodológicos que foram empregados na condução deste estudo.

Este foi desenvolvido na abordagem de pesquisa qualitativa, respaldado na Etnografia, pois realizamos uma descrição detalhada da experiência de pessoas, no caso, mães de RNP, pertencentes a um determinado contexto cultural.

Essa escolha fundamenta-se na característica de se construir uma descrição detalhada da realidade de pessoas pertencentes a um determinado contexto cultural (GEERTZ, 1989; GUALDA; HOGA, 1997; PEIRANO, 1995; RIBEIRO; GUALDA, 2011). Um grupo de indivíduos cria uma cultura que orienta a visão de seus membros e a forma pela qual estruturam suas experiências (ANGROSINO, 2009; GUALDA; HOGA, 1997; HELMAN, 1994).

Assim, Etnografia significa a descrição de um povo. É importante entender que a etnografia lida com gente no sentido coletivo da palavra e, não, com indivíduos. É uma maneira de estudar pessoas em grupos organizados, duradouros, que podem ser chamados de comunidades ou sociedades. O modo de vida peculiar que caracteriza um grupo é entendido como sua cultura. Estudar a cultura envolve um exame dos comportamentos, de costumes e de crenças aprendidos e compartilhados do grupo (ANGROSINO, 2009).

Recentemente, tem crescido a aplicação dos métodos etnográficos por sociólogos, por antropólogos e por outros profissionais, em campos aplicados como a educação, a saúde e a política social. Tem havido maior ênfase no desenvolvimento da pesquisa colaborativa como forma mais aplicada do trabalho etnográfico. Isso demanda que a pesquisa contribua para a estruturação de políticas que visem os grupos oprimidos, não somente a classe trabalhadora, mas também as mulheres, as minorias étnicas, os deficientes, entre outros (BASZANGER; DODIER, 2004).

A Etnografia refere-se às formas de pesquisa que têm como principais características a ênfase na exploração da natureza particular de um fenômeno social, em vez de testar hipóteses sobre este; a tendência é trabalhar primeiramente com dados não estruturados; a investigação de um pequeno número de casos talvez apenas um, em profundidade; as interpretações explícitas dos significados e das funções das ações humanas na análise de dados. O produto tem a forma de descrições verbais ou explicações; os dados quantitativos e análise estatística têm papel secundário (ATKINSON; HAMMERSLEY, 2005).

Perante o exposto, Leininger também cunhou o Método da Etnoenfermagem, a qual

foi criada pela teórica com intuito de facilitar a descoberta de dados focados na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (LEININGER, 2002). Baseia-se nos pressupostos da etnografia, no entanto se adapta de melhor maneira aos estudos que envolvem fenômenos da enfermagem. Assim, entende-se que o emprego da Etnoenfermagem nas investigações da mesma área é de grande valia, pois grande parte das pesquisas da enfermagem abarca conjuntos de indivíduos peculiares, de diversos contextos socioculturais (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003). O método de pesquisa foca o conhecimento sob as perspectivas *emic* e *etic* e nas práticas relacionadas ao cuidado, à saúde, ao bem-estar, às doenças, ao processo de morte, aos modelos preventivos dos fenômenos da enfermagem transcultural (LEININGER, 2002; SEIMA, et al., 2011). *Emic* é o significado dado pelo nativo às unidades sonoras; e, *Etic* é a descrição dessas unidades feitas por um observador externo, com efeitos comparativos, sem a preocupação do sentido dado pelo emissor (ATKINSON; HAMMERSLEY, 2005). Conhecimento, significados e as práticas oriundas das diversas visões de mundo, dos fatores estruturais da sociedade, dos valores culturais e do contexto ambiental são prementes ao norteamento da Enfermagem e de suas intervenções, para se fornecer um cuidado cultural mais adequado a determinada população (MOURA; CHAMILCO; SILVA, 2005).

Nesse ínterim, a Etnoenfermagem é empregada para enfocar o contexto cultural e de cuidados de saúde de um grupo cultural específico, considerando-se singularidades, padrões, comportamentos, expressões e considerações gerais perante ao processo saúde-doença, com potenciais benefícios tanto aos trabalhadores de saúde, quanto aos usuários dos serviços (SILVEIRA et al., 2009). Por fim, na enfermagem, a ampla identificação de padrões de vida e de comportamento dos indivíduos poderá embasar o planejamento ou o direcionamento a um cuidado culturalmente definido, isto é, conforme as necessidades, as crenças, os valores de determinado grupo social, família ou indivíduo (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

A escolha desse método se justifica por ser coerente com o suporte teórico do estudo, ou seja, a influência da cultura no processo cuidado em saúde na perspectiva da Antropologia, tendo em vista que as mães de RNP constituem um coletivo. Ao utilizar esse método, o pesquisador não visa procurar respostas diretas às suas indagações mais profundas, mas colocar as respostas fornecidas pelas informantes à disposição do estudo (ANGROSINO, 2009; GUALDA; HOGA, 1997; HELMAN, 1994).

Corroborando essa afirmação, Lassiter (2005) afirma que:

Temos que ouvir nossos colaboradores, respeitar e privilegiar suas interpretações e não construímos coisas sobre o que está lá (...) quando dizem

“não diga nada, além disso”, têm profundas implicações políticas e éticas porque, quando as pessoas não sabem muito bem, elas acreditam no que nós dizemos ou escrevemos (p.15).

Para esse autor, etnografia é, por definição, colaborativa, isto é, etnografia colaborativa, em que “colaborar significa literalmente trabalhar junto, especialmente em um esforço intelectual, enquanto a colaboração é o centro da prática colaborativa em todos os estágios do processo etnográfico”. Assim, “nas comunidades onde trabalhamos, estudamos ou praticamos, possivelmente não podemos cumprir nosso ofício sem nos envolvermos no contexto da sua realidade, na sua vida diária” (LASSITER, 2005, p.14; RIBEIRO; GUALDA, 2009).

5.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA AMOSTRA

A presente pesquisa teve como participantes, mães que deram à luz a um filho prematuro. Para a realização deste estudo, foram adotados como critérios de inclusão: ser mãe de bebês nascidos prematuros, ou seja, parto com idade gestacional anterior a 37 semanas de gestação, entre janeiro de 2014 até junho de 2016. E, como critérios de exclusão, mães que tiveram filhos a termo no mesmo período ou que não desejarem participar do estudo. Uma participante é menor de idade, porém vivia em união estável com companheiro há quatro anos, assim foi solicitado ao companheiro que é maior de idade, que assinasse o Termo de Assentimento, visto que a colaboradora não tem contato com os pais ou responsáveis.

5.2 CENÁRIO

O contexto cultural deste estudo foi o município de Borda da Mata, Sul de Minas Gerais. Borda da Mata é uma típica cidade do Sul de Minas. Possui clima ameno, belas paisagens, povo hospitaleiro, boa culinária. O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,730. O município limita-se com as cidades de Congonhal, Senador José Bento, Ouro Fino, Inconfidentes, Tocos do Moji e Pouso Alegre, este sendo o município de referência em saúde. Está localizada a 426 km de Belo Horizonte; de São Paulo, a 226 km; e a 373 km do Rio de Janeiro. Tem uma população estimada em 18.481 habitantes e sua área territorial é de 301.108 km². O município é integrante do Circuito Turístico das Malhas do Sul de Minas, se destacando pela produção de pijamas e de tecelagens, as quais são conhecidas em todo o País, atraindo turistas para compras que movimentam o comércio local. Nossa Senhora do Carmo é a

padroeira do município. Em 2005, a igreja Matriz foi elevada à Basílica pelo Papa Bento XVI (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

A Secretaria de Saúde gerencia os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) a toda a população. São seis Unidades Básicas de Saúde nos bairros do município e dos distritos, com cobertura de 100% da população, além dos atendimentos de urgência e emergência no Pronto Atendimento Municipal localizado no Hospital Monsenhor Pedro Cintra e de consultas no ambulatório do Centro de Saúde Benedito Cobra Neto. É responsável pelo agendamento de consultas e de exames externos, bem como o transporte dos pacientes. Além de atender às necessidades diárias da comunidade, busca desenvolver programas de prevenção às doenças, promovendo diversas ações educativas. Responde também pela Vigilância Sanitária, pela Vigilância Epidemiológica, pela Farmácia, pela Odontologia e pela Saúde da Família.

Para a ter acesso aos cadastros e dados de localização das possíveis participantes, foi solicitada a autorização da Secretaria de Saúde do município de Borda da Mata, Minas Gerais (APÊNDICE A).

O local usado para realizar uma parte da coleta de dados foi o Pavilhão da Igreja Presbiteriana Independente de Borda da Mata, um local planejado para a realização de comemorações festivas e de encontros religiosos dos membros da igreja e da população do município, após a permissão do responsável (APÊNDICE B).

5.3 COLETA DE DADOS

A técnica utilizada para coleta de dados abarcou a observação participante (OP), a realização de oficinas e entrevistas semiestruturadas. A seguir, descrevemos cada etapa realizada.

5.3.1 Observação participante

A técnica de OP (CARNEIRO; CORBISHLEY, 2000; DENZIN; LINCOLN, 2005; EMERSON; FRETZ, SHAW; 2001; FAGUNDES et al., 2014;) compreende o “recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico corresponde ao objeto de investigação” (MINAYO, 2000, p.105), pois permite que o pesquisador apreenda a perspectiva do grupo por meio imersão na cultura (GUALDA; HOGA, 1997; RIBEIRO; GUALDA, 2011).

Para o desenvolvimento da OP, foram propostas quatro fases para a coleta de dados

qualitativos, as quais foram complementares e desenvolvidas de forma contínua (CARNEIRO; CORBISHLEY, 2000; FAGUNDES et al., 2014; LEININGER, 1985; RIBEIRO; GUALDA, 2009).

Na primeira fase, chamada de observação primária ou inicial, o pesquisador dedicou um período de tempo para comentar, ver, ouvir e gravar relatos e cenas. Essas foram as principais tarefas nesta fase, e ocorreu principalmente quando o pesquisador estava começando a entrar no campo de pesquisa.

Na segunda fase, chamada de observação com alguma participação, a observação continuou a ser o foco principal, mas o pesquisador começou a interagir com as pessoas, observando suas ações e conversando com o grupo. Na terceira fase, a participação ocorreu com alguma observação. Aqui, o pesquisador tornou-se um participante ativo, consciente da situação e do contexto.

A última fase, chamada reflexiva, além da organização e da análise de dados, permitiu a confirmação dos resultados com pessoas ou com comunidades estudadas. O objetivo dessa fase foi ajudar o pesquisador a avaliar suas próprias influências e a dos outros, para sintetizar as observações totais em uma sequência lógica, particularizar uma maneira de obter dados representativos e honestos e relacioná-los com a imagem.

Toda pesquisa social é uma forma de observação participante, porque não se pode estudar o mundo social sem fazer parte dele. Por esse ponto de vista, a observação participante não é uma técnica particular da pesquisa, mas uma maneira de se estar no mundo, que é uma das características das pesquisas sociais. Ambas, etnografia e observação participante, têm sido exigidas para representar unicamente a aproximação humanista e interpretativa em oposição às supostamente “posições científicas e positivistas” (ATKINSON; HAMMERSLEY, 2005).

Geertz (1989) insistia na centralização da descrição na etnografia, chamando a atenção para o fato de que o etnógrafo descreve o discurso social. Richardson (1997) refere que, na pesquisa etnográfica, o pesquisador grava as narrativas como formas primárias de dados do campo, e então as reescreve e constrói como textos etnográficos. Por outro lado, o trabalho de coleta de dados deve incluir notas de campo que têm papel fundamental na representação etnográfica.

Para se evitar excesso de anotações na presença do grupo, as observações foram registradas em um caderno de campo, após o início do trabalho. Constam nesse caderno o dia, a hora do início e a do término da observação. Em seguida, as anotações foram ampliadas, acrescidas de comentários e de uma avaliação dos fatos ocorridos. Para isso, foram agrupadas em (OLESEN, 1991):

- a) NO: *notas de observação*: referentes à descrição da apreensão imediata da situação observada;
- b) NT: *notas teóricas*: referentes às reflexões pessoais do pesquisador acerca da situação observada, levando em conta o referencial teórico;
- c) NM: *notas metodológicas*: referentes às reflexões pessoais do pesquisador, acerca da situação observada, levando em conta o referencial metodológico;
- d) NP: *notas pessoais*: referentes aos sentimentos do pesquisador frente ao desenrolar da situação.

É no caderno de notas de campo, onde o(a) antropólogo(a) costuma registrar dados, gráficos, anotações que resultam do convívio participante e da observação atenta do universo social em que está inserido e que pretende investigar; é o espaço onde situa o aspecto pessoal e intransferível de sua experiência direta em campo, os problemas de relações com o grupo pesquisado, as dificuldades de acesso a determinados temas e assuntos nas entrevistas e conversas realizadas, ou ainda, as indicações de formas de superação dos limites e dos conflitos por ele vividos (ROCHA; ECKERT, 2008).

A OP na premissa de um trabalho contínuo imerso na cultura de um grupo utiliza o caderno de campo, permite a apreensão da realidade e a visão do grupo pelo etnógrafo. Pode-se afirmar que essa estratégia reproduz com riqueza de detalhes e de profundidade o que as pessoas ou grupo falam sem correr o risco de esquecer algo ou de não reproduzir exatamente aquilo que o grupo fala (FAGUNDES et al., 2014; FRANK, 1995; RIBEIRO; GUALDA, 2009).

A OP, neste estudo, foi realizada nas etapas de observação hospitalar, de visitas domiciliares e de oficinas. Buscando o contato permanente com o grupo de mães, a OP iniciou-se desde minha permanência como observadora na UTIN de um Hospital de referência, para prematuros, no município vizinho; durante as visitas domiciliares às participantes da pesquisa, para o convite e para o cadastro destas para as oficinas, com o intuito de aproximar e de estimular a convivência do grupo cultural e durante a execução das oficinas. Ressalto que as visitas domiciliares ocorram: no início do estudo para o convite, após cada uma das três oficinas, durante as entrevistas e, finalmente, para as devidas conferências das narrativas.

Descrevendo a OP na UTI Pediátrica e Neonatal

Frente às minhas inquietações em relação às mães que têm parto prematuro, inicialmente, realizei uma observação na UTIN, onde a maioria das mães haviam ficado com

seus filhos prematuros após o nascimento, pois, primeiramente, eu desejava compreender um pouco como aconteceu a permanência das mães durante a hospitalização de seus bebês prematuros. Essa etapa de Observação durou cerca de dois meses, mantendo um contato permanente com mães de prematuros institucionalizados.

Primeiramente, entrei em contato com o diretor do Serviço de Enfermagem do Hospital de um município do Sul de Minas Gerais, explicando-lhe sobre a coleta de dados da pesquisa; a seguir, fui encaminhada à Coordenadora da UTIN e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Depois de um contato telefônico prévio, a Coordenadora autorizou minha permanência no setor. Com prévia autorização do Diretor Técnico da Instituição (APÊNDICE C), fui devidamente orientada sobre as precauções a serem tomadas naquele ambiente.

O hospital é referência para vários municípios da Região do Sul de Minas e minha experiência anterior nessa Instituição foi durante minha graduação por ocasião dos meus estágios curriculares, porém recordo-me que conhecia e atuava em todos os setores, exceto nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Atualmente, o hospital vem ampliando sua estrutura regularmente e o próprio setor de TIN, que já existia há anos no Hospital, foi construído e reinaugurado em outra ala, situando-se atualmente próximo à pediatria. A estrutura atual divide-se em duas alas: a UTIN e a UTIP, sendo que cada ala abarca dez leitos e um quarto de isolamento. A UTIN conta com berços aquecidos e incubadoras de última geração. A UTIP conta com leitos maiores e também com berços aquecidos e incubadoras. Apenas os RN que nascem no referido hospital podem utilizar a UTIN; os que nascem em outros municípios ou em outros do hospitais são admitidos na UTIP, a qual, por sua vez, atende desde prematuros até adolescentes. Cada ala é composta por uma equipe multiprofissional, com um enfermeiro, cinco técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta, um médico plantonista a cada 12 horas, um médico diarista no período da manhã, uma coordenadora do serviço de Enfermagem (a qual está sempre presente na equipe), uma psicóloga e uma fonoaudióloga, além dos profissionais da limpeza e dos residentes médicos de pediatria do segundo ano de residência pediátrica.

No início da coleta de dados, na observação participante, cheguei à Unidade e fui apresentada à enfermeira da UTIN e UTIP, sendo que esta é minha ex-colega de graduação, o que me proporcionou uma acolhida calorosa. No decorrer da manhã, fui conversando com os técnicos de enfermagem e conhecendo as rotinas do setor. Diariamente, a rotina de cuidados é realizada por enfermeira e técnicos de enfermagem. Cada técnico de enfermagem fica responsável por no máximo dois bebês, sendo que a parte da higienização ou banho é dividido em dois horários, isto é, os leitos pares às 8 horas e os ímpares às 11, visando evitar tumulto. Por sua vez, os bebês que estavam na incubadora são higienizados sem tirá-los dela, para que

não tenham alterações na temperatura, ou sofram alterações nos sinais vitais e no estado geral. Já os que não estavam em incubadoras, tomavam banho de imersão em banheira. Era realizado rodízio de sensores e aferição de sinais vitais a cada três horas. Nos dias de minha observação, todos os RN estavam com sonda gástrica para alimentação, no entanto é comum que os próprios bebês retirem-na, assim, em toda administração de dieta ou de medicação, o profissional realiza o teste de ausculta da sonda com ar. A aspiração de vias aéreas, do tubo e a extubação são realizadas pelo fisioterapeuta. Alguns bebês estavam com cateter venoso central de inserção periférica de longa permanência (PICC), cujo procedimento é feito somente pelo enfermeiro especializado. A equipe médica repassava informações sobre o estado de saúde dos bebês aos familiares diariamente às 13 horas.

Nessa primeira visita, havia oito RNs; destes, um estava em isolamento, pois, após nascimento pré-termo (cerca de 3 meses atrás), foi para a UTIN e, quando conseguiu peso adequado e estava bem, desenvolveu meningite e hidrocefalia. Em relação a esse bebê, a mãe estava como acompanhante e conversando pouco com a equipe, me disse que residia em outra cidade e vinha todos os dias no carro da Secretaria de Saúde para ficar com a filha e retirar o leite materno para ser administrado a ela. Também confidenciou que só era permitido a ela tocar a filha e que foi autorizada, apenas por três vezes, a pegar a bebê no colo desde o nascimento; sabia que não podia pegar, pois a filha usava vários aparelhos e tinha medo de desconectar ou alterar os sinais vitais da bebê. Tinha fé que logo iria para casa e cuidaria bem dela. Além disso, relatou que no começo tinha muito medo da UTIN e dos aparelhos, mas, hoje, está mais tranquila, pois sabe manusear a maioria deles e também conhece toda a equipe. Sua maior função era ficar olhando sua filha, seus aparelhos e ordenhar o leite no setor conhecido por todos como “banco de leite”, que na verdade é um posto de coleta de leite humano. Havia também um RNP que estava há mais de 20 dias internado na unidade, porque nasceu com 25 semanas e 600g, contudo, não vi a mãe nesse dia. Outros três prematuros com mais de 1200g estavam em incubadoras; dois estavam em berços aquecidos e, destes, apenas um tinha a mãe o acompanhando. Essa mãe também morava em outro município e vinha todos os dias retirar o leite e ficar com filho que estava prestes a ter alta da UTIN. Para esse bebê, o aleitamento no seio materno já havia sido liberado. Na primeira mamada, às 9h, a técnica de enfermagem veio ajudá-la a amamentar, mas logo o bebê adormeceu. Essa mãe passou a manhã toda com filho e relatou sobre sua gravidez, seu trabalho de parto. Como é diabética, fora transferida para ter o bebê neste hospital. Informou-me que estava calma, porque sabia que, de todos os bebês, seu filho era o que estava melhor; e que não tinha medo da UTI, porque ela mesma tinha sido internada em uma UTI antes da gravidez devido à complicação do diabetes, sabia que ali era o

melhor lugar para seu filho, até ele ficar totalmente bem para poder ir para casa. Ao final da manhã, a fonoaudióloga veio para ajudar na amamentação. Percebi que a avaliação da sucção e a autorização para a amamentação em livres demandas são feitas somente pela fonoaudióloga, com os demais profissionais não se envolvendo muito, sendo uma forma de respeito pela autonomia deste profissional. Além desses dois bebês, havia outro que, apesar de não ter nascido prematuramente, sofreu uma parada cardiorrespiratória (PCR) após 30 minutos de vida, foi entubado e seguia em observação. Seus pais foram visitá-lo apenas no horário de visitas e isso impediu nosso contato.

Na UTIP, conheci uma história diferente, ali estava um bebê que havia nascido prematuro, ficado na UITN por aproximadamente 30 dias, sendo transferido em seguida ao berçário e, após, teve alta e foi para casa. No entanto, com 7 dias após a alta, teve sepse tardia e retornou ao hospital. Como o caso era grave, foi admitido na UTIP. A história dessa criança é peculiar, pois sua mãe tem deficiência mental, talvez seja portadora de retardo, mas demonstra muita timidez, conversa pouco e estava sempre acompanhada da irmã, com quem logo consegui manter um bom diálogo. Garantindo o anonimato, a mãe será nominada como Maria e sua irmã, como Aparecida. Aparecida me contou que vivem na zona rural do Município da Borda da Mata e que sua irmã estudava na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), morando na mesma casa, a mãe com quatro filhos, sendo que Maria e um irmão têm deficiência mental. Todos trabalham na plantação de morangos. Ela me relatou que a gravidez de Maria pegou todos de surpresa, pois nem sabiam que ela tinha relações sexuais ou sequer um companheiro. Um dia começou a sentir-se mal e foi para Pronto Socorro com crise hipertensiva e descobriram a gravidez com aproximadamente seis meses. Maria não fez pré-natal, pois no outro dia o bebê nasceu. Desde o nascimento do bebê, Maria com toda sua simplicidade e humildade, acompanhava o filho no Hospital. Nas tentativas de conversar um pouco com Maria, perguntei sobre seu estudo e amigos, mas ela apenas respondia o que eu perguntava e não tive como continuar nossa conversa. O que me chamou a atenção nessa mãe foi o fato do seu carinho e o amor incondicional dispensados àquele bebê, porque todo o tempo na UTIP ela ficou em pé ao lado do leito, saindo apenas para ir ao banco de leite. A equipe também ressaltou que ela sempre se comportou assim com o filho.

Na visita seguinte, novamente fui apresentada pela coordenadora aos funcionários do outro plantão, sendo que, nesse dia, duas das enfermeiras foram minhas colegas da graduação. Logo chegaram três mães: duas eram as mesmas do dia anterior, e a outra era mãe do RN que teve uma PCR após o nascimento. Nesse dia, como já me conheciam, foi muito mais fácil. As duas mães que estavam com seus filhos há menos tempo na unidade me relataram que tinham

muitas dúvidas, mas ficavam com receio de perguntar à equipe. Suas dúvidas eram em relação a poder tocar o bebê, pegá-lo no colo, e saber a quantidade de leite que o filho estava tomando. Orientei que elas poderiam chamar as funcionárias para obter tais informações.

Conversei novamente com Maria e com Aparecida, observei a mãe que continuava exatamente como no dia anterior, ou seja, ficou toda a manhã em pé ao lado do leito do filho, acariciando seu rosto. Percebi que neste dia ela me reconheceu e, após perguntar como ela e o bebê estavam, não foi tão ríspida e direta, senti que estava conseguindo estabelecer um certo vínculo com ela.

Em outra visita, não obtive muito sucesso em encontrar com as mães no período da manhã, então conversei com a coordenadora sobre a possibilidade de ir às unidades no período vespertino. Ao chegar, acompanhei a passagem de informações da médica para as mães. No entanto, na UTIN, nem todos os bebês receberam visitas das mães, foram apenas cinco. Enquanto a médica conversava com os pais, fiquei observando e, quando ela terminou, me aproximei das mães. A primeira com quem conversei foi a mãe do bebê de 600g. Ela olhava o filho na incubadora e com alegria me relatou do crescimento e do desenvolvimento do bebê, ela tem 18 anos e vive na casa da sogra, pois tem um relacionamento complicado com sua família de origem. Mesmo residindo em Pouso Alegre, vem somente nos horários de visitas, relatou que na UTIN não tem muito o que ela fazer devido ao fato de o bebê estar na incubadora. Relatou também sobre sua gravidez, que havia sido orientada a ficar de repouso, mas não ficou. Desejou muito o filho e passou muito nervoso durante a gravidez. Percebi que ela queria me contar mais sobre sua vida, mas me disse que teria que ir embora. Os pais do outro bebê que teve uma PCR são funcionários do hospital. O pai é técnico de enfermagem e a mãe trabalha na cozinha. Ele conhecia toda a rotina de uma UTI, pois já havia trabalhado na UTI-Adulto. Ambos estavam preocupados com bebê porque os filhos anteriores nasceram a termo, sem intercorrências. Como o RN estava entubado, eles apenas o acariciavam. A terceira mãe, cujo bebê nasceu com diagnóstico de Grande para Idade Gestacional (GIG), demonstrava alegria por estar com seu filho no colo e amentando. Relatou que a médica dissera que ele seria transferido para o quarto, e que estava muito contente pela alta de seu filho e também pelo fato de que agora ela iria poder dormir no hospital realizando os cuidados com o bebê, tais como amamentar, trocar, dar banho, entre outros.

A quarta mãe tinha seu filho internado na UTI há dias, morava em outra cidade, estava com o marido que segurava o bebê no colo. Essa foi sua quarta gravidez, contudo nas três anteriores havia sofrido abortos espontâneos no primeiro trimestre. Por sua vez, o bebê ainda não tinha sido liberado a amamentar no peito, mas, assim que fosse autorizado, ela ficaria o dia

todo. Está satisfeita com a evolução do filho e disse que não fica muito na UTIN porque não tem muito o que fazer. Relatou que seu filho era bem calmo. A quinta mãe somente viu seu filho rapidamente na incubadora e logo saiu. Não houve contato entre nós.

Nesse mesmo dia, também foi admitido na Unidade um outro RN com inúmeras deformações. A mãe ainda não tinha saído da maternidade para vê-lo. Algum tempo depois, a avó materna chegou demonstrando preocupação, como viu que eu conversava com as mães veio até mim e fez várias perguntas sobre o formato do rosto e sobre as deformações do neto. Tentei acalmá-la e orientei que a médica logo falaria com ela sobre o estado do bebê. Relatou que a mãe do bebê estava bem, mas chorando muito porque queria ver seu filho. Logo a médica veio até essa avó e informou que o RN teria de ser submetido a um procedimento cirúrgico no abdômen e que essa cirurgia só não ocorrera logo após o parto porque o RN estava grave, e talvez não aguentaria um intervenção cirúrgica naquele momento. Percebi a aflição daquela avó que parecia não estar entendendo o que estava acontecendo. Outro RNP chegou à Unidade. Era gemelar vindo do berçário que nasceu bem, mas começou a ter alteração no estado geral, distúrbio de coagulação e alteração dos exames hematológicos. A mãe morava longe e teve alta hospitalar no dia anterior, deixando os dois filhos no berçário. Naquele dia, ela não veio visitá-los. Ainda visitei a UTIP e Maria continuava firme em pé ao lado do filho e relatou-me que a APAE havia lhe dado enxoval completo, carrinho e várias outras coisas; e no dia anterior o bebê havia sido extubado, porém não passou bem, sendo necessário intubá-lo novamente.

Ao final do dia, a coordenadora apresentou-me à psicóloga e à enfermeira responsável pelo Posto de Coleta de Leite Humano. A psicóloga atua juntamente aos familiares dos pacientes da UTIN e realiza uma vez por semana no período vespertino, reuniões de grupo com as mães. Em seguida, a enfermeira convidou-me a participar de uma dessas reuniões, a qual aconteceu em uma sala dentro da UTIN, um ambiente pequeno com uma mesa grande e sofás onde todas as mães se sentaram e acomodaram; a reunião aconteceu após a passagem de informações pela Equipe Médica. Pude observar que, conforme as mães iam recebendo as notícias sobre o estado de saúde de seus filhos, a psicóloga as abordava e as convidava a participar da reunião em grupo. Segundo essa profissional, a captação das mães ao grupo é corriqueira e acontece a cada semana. Em seguida, na sala de reuniões, todas as mães sentaram-se e ela lhes perguntou como estavam se sentindo naquele momento. Algumas mães estavam acompanhando as reuniões há alguns dias, mas para duas delas era a primeira vez. Senti naquele momento como era difícil ser profissional e ter que ser forte diante de tantos relatos emocionantes; além disso, algumas mães estavam tímidas, outras mais comunicativas, cada uma com suas peculiaridades. Algo que vale destacar é a solidariedade entre elas. Palavras de

conforto e relatos de superação em relação aos filhos internados eram frequentes e forneciam às mães que estavam tristes maior confiança no tratamento e na recuperação da saúde de seu prematuro e também na equipe. Por fim, a psicóloga esclareceu-lhes acerca da rotina do setor e disponibilizou-se a ajudar essas mães em qualquer momento. Assim a reunião foi encerrada. A enfermeira do banco de leite disse-me que estaria à disposição para ajudar nesse estudo.

Após alguns dias de observação, pude conhecer um pouco mais a fundo a história e a realidade que envolve esses pacientes e seus familiares. Os profissionais me relataram que a maioria das mães não permanece o dia todo na UTIN, mas, na minha percepção, isso não ocorre, porque há momentos na unidade em que as mães são como Maria: vêm e ficam o dia todo com seus filhos, algumas até pedem para dormir, mas isso ainda não é permitido. Na ala da UTIP, é mais comum as mães estarem com os filhos, pelo fato de serem crianças maiores. Assim sendo, é permitido que o acompanhante passe a noite com a criança.

Em relação à alta dos bebês, fui informada pela coordenadora que, ao deixarem a UTIN e UTIP, são transferidos para o berçário ou para o setor da pediatria. No berçário, é solicitado às mães que permanecem no setor junto com seu filho o dia todo, e à noite elas vão para casa; já na pediatria, é exigido que o bebê tenha um acompanhante preferencialmente a mãe por 24 horas. Observei que nesses dois setores as mães ficam mais tempo com seus filhos do que nas UTIs. Os critérios para a alta da UTIN são manter boa hemodinâmica, respiração de ar ambiente sem queda de saturação e peso acima de 1500g.

Nos dias seguintes de observação, fui ao berçário e ao banco de leite que fica em outro prédio do hospital. O berçário fez parte dos meus estágios durante a graduação, na disciplina denominada “Saúde da Criança”. É um setor pequeno, que ainda não passou por reforma, e engloba dois quartos grandes, com oito leitos cada; os quartos são divididos em RN prematuros e patológicos, um Posto de Enfermagem, um cômodo pequeno onde fica um professor e aproximadamente três alunos (dos cursos de Enfermagem ou Medicina), e um cômodo no qual ficam os materiais. A entrada é feita por uma porta em um corredor estreito, local também onde há armários com as roupas privativas e os hampers. A equipe é composta por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um pediatra e uma fonoaudióloga. Cada técnica de enfermagem fica responsável por um quarto. Caso os bebês permaneçam vários dias, é coletado o teste do pezinho e as primeiras vacinas são administradas ali mesmo.

No berçário patológico, havia quatro bebês e, no prematuro, três. Como já conhecia o local, lembrei a rotina, mas, devido ao horário, os bebês já tinham tomado banho. Duas mães estavam acompanhando seus bebês no berçário patológico, outra mãe ainda estava na maternidade se recuperando da anestesia e não tinha visto o filho; e o quarto bebê estava na

incubadora e, até o momento em que fiquei, sua mãe não veio. As duas mães que estavam nessa parte do berçário eram jovens e primíparas. Uma era meiga, educada, muito carinhosa com filho, morava em outro município e relatou que vinha todos os dias para ficar com seu bebê. Muito comunicativa e alegre, fez questão de compartilhar comigo sua experiência da gravidez. Relatou que foi uma gravidez tranquila, no entanto, com 34 semanas, começou a ter contrações e veio ao hospital, os médicos tentaram postergar o parto, mas não foi possível porque logo a bolsa rompera. Como o bebê estava em posição pélvica, procedeu-se a uma cesariana. O bebê nasceu à tarde e foi transferido à UTIN. Após o parto, quando foi para a maternidade, ficou muito nervosa, pois desejava ver o filho e chorou a noite inteira não conseguindo dormir. Quando amanheceu, a primeira coisa que fez ao levantar foi finalmente conhecer o filho; chorou muito ao vê-lo entubado, visto que não aceitava a ideia de ir para casa e deixá-lo no hospital. Como estava internada na maternidade, ficou com o filho até a noite, mas, por ocasião de sua alta, começou uma nova rotina, a de vir e voltar todos os dias para o hospital. Alguns dias depois, o bebê foi extubado e transferido para o berçário, permanecendo até aquele momento, com 20 dias de internação. Tentava chegar bem cedo para dar banho no filho, mas, em alguns dias, infelizmente o carro da Secretaria de Saúde atrasava e as técnicas de enfermagem davam o banho. Também afirmou que era ela quem realiza as trocas de fraldas durante o período em que estava no berçário, ressaltando que trocava e pesava cada fralda, comunicando à equipe responsável; estava amamentando, ficando feliz por ele estar no berçário, porque no local era permitido usar as roupinhas que ela havia comprado pra ele. O RN ainda não tinha previsão de alta, pois estava em antibioticoterapia. Queixou-se de dores no mamilo devido à presença de fissuras. Mesmo a fonoaudióloga tendo atendido essa mãe, busquei ajuda. Fui orientada pela enfermeira do setor a comunicar ao banco de leite, pois a enfermeira relatou que essa mãe ia ao banco de leite diariamente para ordenha. Pediu-me que a orientasse a passar o próprio leite materno no mamilo e a tomar banho de sol, e que a encaminhasse ao setor do banco de leite no período da tarde para ser reavaliada. Nesse momento, percebi que foi realizada uma orientação e que isso não seria possível, já que a mãe ficava no hospital o dia todo.

A segunda mãe era mais reservada e pouco comunicativa, portanto não consegui criar um diálogo muito longo com ela. Essa mãe não permanecia ao lado da filha, saindo várias vezes do hospital. A equipe relatou que o bebê estava prestes a ter alta para a unidade de pediatria, onde a mãe teria que dormir com a filha, mas percebi que essa notícia não foi agradável à mãe. Ela relatou que a filha estava ali há vários dias e que estava bem, mas não entrou em detalhes sobre sua gravidez, sobre o parto ou sobre seus sentimentos naquele momento de sua vida. Sua filha chorava bastante, ela a pegava, mas logo colocava no berço novamente. Houve um

comentário da outra mãe dizendo que ela havia relatado que o choro da filha era “insuportável”. Nesse dia, na maioria das vezes em que a bebê chorava, a mãe não estava próxima a ela e quem realizava as trocas de fralda era a equipe. As profissionais relataram que fazem o possível para que as próprias mães realizassem os cuidados básicos de seus bebês, até porque elas trabalham em apenas duas funcionárias, no entanto algumas mães se recusavam a fazê-los.

No berçário prematuro, havia três bebês e todos estavam com suas respectivas mães, as quais eram provenientes de outros municípios. Um bebê estava internado há cinco dias e havia a possibilidade de receber alta hospitalar, sua mãe tinha 40 anos, sendo esse seu segundo filho. Ela relatou um pouco sobre sua vida, que trabalhara como cozinheira em um restaurante até o dia do nascimento do filho e que os filhos eram de pais diferentes e que se separou do pai deste bebê no terceiro mês de gestação. Sua mãe a ajudaria a cuidar dos filhos para que pudesse trabalhar. Contou que os médicos tentaram parto natural, mas nasceu de cesariana, e que o RN teve sofrimento fetal. Durante todo o período de internação, acompanhou filho durante o dia, visto que à noite não é permitido acompanhantes no setor. A troca de fraldas era feita por ela própria, e também vestia as roupinhas que trazia e informou-me que ainda não fora capaz de dar banho, pois ainda sente dores na incisão da cesárea. Disse que a técnica sempre pergunta se ela deseja banhar seu RN. Depois de algum tempo de conversa, a médica pediatra chegou e me afastei um pouco para que elas pudessem conversar mais à vontade. A pediatra comunicou à mãe que o bebê estava de alta, entregou e explicou a receita médica na qual estavam prescritos analgésicos para cólica, sabonete neutro para higiene, álcool absoluto para cuidados com coto umbilical e banho de sol para evitar a icterícia, ainda recomendou que levasse o bebê ao posto de saúde do seu município após sete dias de vida, para retorno médico de rotina e agendamento das vacinas. Em seguida, a mãe trocou a fralda do bebê, demonstrando alegria, conversou com a técnica que lhe entregou o cartão do bebê e solicitou que voltasse ao hospital para pegar o resultado do teste do pezinho.

O segundo bebê estava no berçário havia três dias. Era um gemelar, e seu irmão estava na UTIN. Quando a mãe chegou, foi ao quarto onde pensava que estavam os dois filhos, mas, ao entrar e não ver os dois filhos, perguntou à técnica de enfermagem sobre o outro filho, pois quando saiu da maternidade em alta para casa, havia deixado os dois no berçário. Somente nesse momento foi informada que seu filho havia sido transferido para UTIN. A mãe demonstrava desespero e desejava saber o que tinha acontecido. Mas a profissional orientou-a a ir até a UTIN para obter mais informações, perguntou-me se eu poderia acompanhá-la até o local. Saímos do berçário e a mãe estava tremendo, me perguntava se seu filho estava vivo. Na tentativa de acalmá-la, perguntei sobre como chegou ao hospital. Relatou que morava a mais

de 100 km de Pouso Alegre e que durante a gravidez fez pré-natal no posto de saúde da sua cidade. Tinha 18 anos e foi transferida ao hospital porque em seu município não havia UTI e, como ela teve dilatação com 34 semanas e gestação gemelar, seu médico a transferiu para esse hospital de referência. Permaneceu dois dias internada e depois foi submetida a uma cesariana. Após o nascimento, foi informada que seus filhos estavam bem e que iriam para o berçário por serem prematuros. Permaneceu internada na maternidade após o parto e os bebês, no berçário. Afirmou que não conseguiu vir no dia anterior, pois a prefeitura de seu Município não disponibilizou carro para trazê-la e somente pôde vir naquele dia. Deambulava com bastante dificuldade e estava com abdômen distendido. Perguntei se ela sentia dor e ela confirmou, afirmando que não tinha conseguido colocar a cinta, como fora orientada. Em relação à medicação, informou fazer uso somente de analgésicos, mas não estava obtendo melhora. Ao chegarmos à UTIN, expliquei à recepcionista que ela era a mãe de um bebê que havia sido admitido no dia anterior. Orientei a mãe sobre higienização das mãos e também acerca das roupas privativas. Em seguida, entrei com ela, avisei à enfermeira que estava de plantão que ela era a mãe do bebê e nos dirigimos até o berço onde ele estava. Logo após, essa mãe foi recebida pela enfermeira responsável. Me despedi e voltei ao berçário. Chegando lá, a técnica me agradeceu dizendo ser muito bom eu estar ali naquele momento, pois se eu não estivesse, ela ou a colega teriam que ir acompanhar aquela mãe, permanecendo apenas uma no setor. Além de ficar feliz por ter ajudado, percebi uma aceitação das profissionais, isto é, minha presença não incomodava a rotina da unidade, e eu não estava apenas “vigiando” o que faziam.

Até aquele momento, percebi que tudo que havia vivenciado durante as visitas hospitalares havia sido intenso e de grande valia, mas estava certa de que precisava me inserir ainda mais nesse contexto; sendo assim, quando surgiu a oportunidade de acompanhar essa mãe, evitando que uma funcionária se deslocasse do setor, não tive dúvidas de que esse gesto simples poderia me ajudar e muito, uma vez que acreditava que eu ainda estava realizando o meu papel na observação não-participante; também o fato de contribuir com o serviço e ser agradecida por isso, me fez sentir reconhecida como um sujeito dessa equipe, e pude compreender de fato que ali estava sendo realizada a verdadeira Observação Participante (LIMA; ALMEIDA; LIMA, 1999; QUEIROZ et al., 2007; MINAYO; DESLANDES, 1998; PROENÇA, 2008).

Esse método de coleta de dados é muito pertinente quando se pretende apreender o máximo de conhecimento dinâmico sobre dada situação ou fenômeno pesquisado. Nesse sentido, provêm vantagens pelo fato de possibilitar adquirir a informação exatamente durante a ocorrência espontânea do fenômeno, maior proximidade entre o pesquisador e o contexto do

grupo pesquisado, vivência pessoal do evento no próprio lugar de seu acontecimento e contextualização do fenômeno. Tais fatores contribuem para uma melhor compreensão do objeto de estudo. Na observação participante, o observador coloca-se na posição dos observados, enxergando-os com outros olhos, devendo inserir-se no grupo a ser estudado como se fosse um deles, pois assim tem mais condições de compreender os hábitos, as atitudes, os interesses, as relações pessoais e as características do funcionamento daquele grupo. Isto é, requer que o observador se torne parte do universo investigado para melhor entendimento e compreensão do contexto das ações e da apreensão dos aspectos simbólicos que esse contexto engloba.

Martins (1996) completa, ainda, que os pesquisadores necessitam de compartilhar os papéis e os hábitos dos grupos observados para serem capazes de observar fatos, as situações e os comportamentos que não ocorreriam ou que se modificariam na presença de outros. Ou seja, um dos pressupostos da observação participante é o de que a convivência do investigador com a pessoa ou grupo estudado cria condições privilegiadas para que o processo de observação seja conduzido e dê acesso a uma compreensão que de outro modo não seria alcançável. Admite-se que a experiência direta do observador com a vida cotidiana do outro, seja ele indivíduo ou grupo, pode revelar na sua significação mais profunda, ações, atitudes, episódios, que, de um ponto de vista exterior poderiam permanecer obscurecidas ou até mesmo opacas.

Ainda havia mais um bebê que a mãe havia acabado de chegar, por volta de 10 horas. Ela havia recebido alta no dia anterior e o bebê, de 35 semanas, fora transferido ao berçário após o nascimento. Ela demonstrava estar se sentindo bem. Relatou que tinha convênio e que residia em outro município, mas estava na casa de uma tia. Tem outro filho, de quase três anos e sua gravidez foi planejada. Não amamentou o filho no dia anterior porque não sabia se podia e se queixou de dor forte na mama. Perguntei à enfermeira, que afirmou que só estava liberado leite no copinho. Como a mãe ainda não tinha ido ao banco de leite, me pediu que a acompanhasse às 11h15min até lá, pois, assim, ela poderia retirar o leite e dá-lo ao seu bebê. Como uma mãe desse quarto havia recebido alta e a outra estava na UTIN, essa mãe ficou bem à vontade comigo e relatou que tinha dificuldades para engravidar, procedendo à fertilização *in vitro* em São Paulo. No começo, o marido não aceitou, sendo que ela insistiu até que ele concordasse. No início do tratamento, fertilizou 10 oócitos, mas somente a metade fecundou. Na primeira gravidez, foram depositados dois óvulos fecundados, os quais geraram o primeiro filho e, com o passar do tempo, ela sempre pensava nos outros três óvulos fecundados que havia armazenado. Há oito meses, resolveu voltar e implantar mais dois óvulos, gerando esse bebê e que, assim que o RN estivesse um pouco maior, tentaria gerar o terceiro óvulo fecundado que

estava armazenado. Afirmou que o primeiro filho também nascera antes dos nove meses, contudo não ficou internado no hospital, tendo alta juntamente com ela. Após determinado tempo, a acompanhei ao banco de leite.

Quando estava na UTIN, conheci a enfermeira do posto de coleta de leite humano e ela havia me solicitado que visitasse o setor, assim como naquele dia estava acompanhando a mãe achei que seria o momento ideal. A mãe achou um pouco longe e difícil de chegar, mas mostrei que era tudo identificado com placas de localização. Ao chegar, fomos recebidas pela enfermeira, a qual estava conversando com outras duas mães. Ela apresentou a sala de ordenha à mãe e explicou a ela como higienizar as mamas e as mãos. Ofereceu roupas, máscara e propés e se sentou ao lado para explicar como se fazia a ordenha. Seu bebê estava com uma prescrição médica de 10 ml de leite materno, portanto, para alívio da mãe, a enfermeira orientou que retirasse uma quantidade superior a 10 ml, visando estimular a produção de leite. Também foi orientada que esse excesso de leite não seria aproveitado, pois ainda não se pasteuriza o leite materno no referido hospital. Em seguida, a enfermeira aspirou do recipiente o leite em uma seringa esterilizada e descartável de 10 ml e pediu que ela levasse o leite até o berçário, rapidamente.

Enquanto essa mãe realizava a ordenha, eu e a enfermeira conversamos brevemente. Como dito anteriormente, apesar de o setor ser conhecido e denominado pela instituição como banco de leite, o setor na verdade é o Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH) vinculado ao Banco de Leite Humano de Varginha, e que promove atendimento Médico, Psicológico e de Enfermagem às mães de bebês que estão internados na Instituição. Além disso, recebe algumas doações de leite materno de mulheres do próprio município, que é enviado para ser pasteurizado no município de Varginha. Informou também que o volume de doação era bem maior do que atualmente; por fim, falou-me que o setor funciona de segunda às sextas-feiras, o que pode ser visto como impasse às mães que visitam ou ficam com seus filhos nos finais de semana, devido ao fato de elas não terem como retirar o leite para seus filhos nesses dias.

Em seguida, retornamos ao setor e a mãe entregou o leite à técnica de enfermagem. A rotina do berçário é complexa e quase sempre abarca o oferecimento de leite humano ordenhado ao RN, pelo copinho ou por sonda nasogástrica e, nesse contexto, por ser uma mãe que vivencia essa atividade pela primeira vez, teve receio e se negou a participar, justificando medo de que o bebê pudesse se engasgar, então o leite foi oferecido pela funcionária. Ao acompanhar de perto todo esse processo, pude perceber que os profissionais não se esforçaram muito ou sequer insistiram que a mãe acompanhasse essa atividade, simplesmente não a convidaram a presenciar como o leite seria administrado, a mãe permanecera fora do quarto durante todo o

procedimento. Pude inferir que todo processo de administração do leite materno e de amamentação naquele hospital era vinculada ao profissional fonoaudiólogo, porque qualquer conduta a ser realizada que envolva o trato gastrointestinal somente era realizada após avaliação e prescrição deste profissional.

Outro fato observado com relação a dieta dos RN é que havia somente um fonoaudiólogo trabalhando com RN na instituição, o que pode acarretar, algumas vezes, demora aos atendimentos. Frente a essa situação, os profissionais da enfermagem não se posicionam nem opinam sobre o fato, apenas executam o que está prescrito, e os profissionais médicos se ocupam de avaliar os RN e atualizar a quantidade de leite. Para mim, os enfermeiros deixam de ganhar autonomia, visto que possuem conhecimento teórico para avaliar e para discutir com a equipe multiprofissional sobre a administração da dieta dos RN. Por fim, nos finais de semana ou em momentos em que o fonoaudiólogo não está trabalhando, eram ofertadas apenas fórmulas infantis por sonda a todo RN do berçário e da UTIN. Após um período de dois meses, me despedi de todas as mães e das equipes dos vários setores e deixei a instituição.

5.3.1.1 Oficinas

Após dois meses de OP na UTIN, e autorização da secretária de saúde, busquei informações e dados na Secretaria de Saúde de Borda da Mata sobre o nascimento de RNP no município, com o intuito de localizar nome e endereço das mães que tiveram filhos prematuros. Os registros mostraram que cerca de 20 mulheres haviam tido partos anterior a 37 semanas de gestação, no período de janeiro de 2014 a junho de 2016. Em alguns casos, os RNs foram a óbitos. Por fim, 12 mães foram localizadas e, após o contato por telefone, agendei uma visita domiciliar para apresentação e explicação do estudo. Das 12 mães visitadas, uma estava se mudando com a família para outro Estado; uma era portadora de deficiência mental, e duas se recusaram a participar. Portanto, o estudo teve como participantes oito mães de RN nascidos prematuramente.

Nas datas e horário agendados, a primeira visita domiciliar foi realizada para a explicação do estudo, seu rigor ético e devida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D). Esse procedimento foi realizado com cada uma das mães. Todas as oito leram o instrumento e assinaram, concordando em participar da pesquisa. Posteriormente, criei um grupo no aplicativo WhatsApp para facilitar nossa comunicação. Ressalto que mantivemos contato diário por mensagens e vídeos, desde o início, até o final deste estudo.

Foram realizados três encontros de grupo com duração de 50 minutos com essas colaboradoras. Em cada um desses encontros, foi desenvolvida uma oficina específica. Cada oficina foi dividida em três momentos com tempo médio de 10 minutos no primeiro momento, 30 minutos no segundo e 10 minutos no último momento.

Buscando a melhor maneira para aprofundar meu contato e meus encontros, denominei as participantes como colaboradoras, pois são documentos vivos em essência, personagens de uma história do tempo presente (MEIHY, 2006, p.125).

As oficinas são além de instrumentos pedagógicos. São instrumentos de conhecimento, porque se revelam em um espaço de construção coletiva de um saber transformador, onde vivência ou experiência de cada participante, em sua dimensão individual e coletiva é o fio condutor do processo de mudança de comportamento (RIBEIRO, 2010, p.71).

Com o intuito de facilitar a descrição são apresentadas a seguir: as oficinas realizadas, os produtos confeccionado pelas mães, as anotações do caderno de campo, assim como as visitas domiciliares realizadas para cada colaboradora após cada oficina.

5.3.1.1.1. *Mosaico*

Nesse primeiro encontro, as mães foram acolhidas pela pesquisadora e por uma ajudante denominada como coordenadora, no local reservado para esses encontros. Nessa oficina, cada uma das participantes compartilhou suas experiências sobre a gestação e parto, por meio da técnica de mosaico.

a) Foram utilizados os seguintes materiais:

– Imagens de gestantes em diferentes situações e sentimentos (APÊNDICE E): Como a primeira atividade foi a formação de mosaico com imagens que representassem essas mães durante o momento de sua gravidez e do parto, comecei a procurar revistas que abordassem o tema da gestação. Todo o material encontrado em bancas e em sites de revistas continham restritas imagens de gestação e tinham foco direcionado aos textos das matérias. Busquei material também em algumas clínicas ginecológicas e obstétricas, em serviços de saúde, mas, mesmo assim, percebia que o que eu precisava era de algo além do que eu havia encontrado. Foi então que, na semana da atividade, busquei na internet imagens de gestantes com aparência de diversos sentimentos. A princípio, procurei algo que apenas complementasse o pouco que havia encontrado no material impresso, assim fui

montando uma apresentação com as imagens no PowerPoint, criando alguns efeitos, fundos, molduras e totalizei 56 imagens em um álbum completo. Essas imagens construíram meu Álbum para a Oficina Mosaico, as quais foram impressas e encadernadas, no total de oito cópias.

- Tubos de cola;
- Tesouras;
- Pincel atômico nas cores: preto, azul, vermelho, verde (em quantidade suficiente);
- Papel para recortar em quadrados de 30 cm X 30 cm;
- Papel de tamanho suficiente para colar os painéis elaborados, formando o mosaico do grupo;
- Aparelho de som e CD com música.

b) Duração da oficina: 50 minutos

Primeiro momento (duração: 10 minutos):

- A coordenadora da atividade realizou uma abordagem inicial de apresentação com todas as participantes, e realizou algumas perguntas a serem respondidas por meio das imagens:
- Como você se sentiu durante a gravidez?
- Como sua família viveu a experiência da sua gravidez?
- Como foi o momento do parto?

Segundo momento: (duração: 30 minutos):

- Todas as mães foram orientadas a ocuparem uma mesa previamente preparada com todos os materiais necessários para a criação do mosaico.

Terceiro momento: (duração: 10 minutos):

- Pendurou-se o papel em tamanho grande como fundo para o mosaico;
- Foi solicitado que cada participante observasse o mosaico criado pelo grupo;
- Foi solicitado que cada participante justificasse a(s) gravura(s) que escolheu.

c) Avaliação:

- O mosaico realizado foi valorizado pela coordenadora.
- Foram sintetizados para o grupo os conceitos revelados no mosaico. Nesse grupo, surgiram os conceitos positivos como tranquilidade, paz, alegria, união; e negativos como preocupação, irritabilidade, ansiedade, medo, impotência, insegurança e solidão.

Descrevendo a Oficina Mosaico

O local reservado para as oficinas é um salão comunitário paroquial cujo responsável assinou o Termo de Concordância para a Coleta de Dados (APÊNDICE B). Preparei pessoalmente toda a decoração do salão, usando algumas flores brancas e rosa para tornar o ambiente bastante agradável, leve e harmonioso. As mesas e cadeiras foram decoradas com toalhas e arranjos de flores, e foram colocadas de forma que uma participante não olhasse o material da outra durante a oficina.

Em cada mesa, foi colocado o material programado para a atividade (álbum, tesoura, cola, papel, canetinha) dentro de uma caixa de papelão personalizada com o nome do grupo. Foi preparada também uma mesa de chá para ser servido após a atividade. O painel já estava em um local apropriado para se formar o mosaico. Foi colocada uma mesa no canto direito do salão, onde as pequenas lembrancinhas ficaram. Essa mesa também foi reservada para o caderno de campo e para a pesquisadora, no caso, eu.

Uma pessoa ficou responsável por cuidar dos filhos das participantes em uma sala que é usada para acomodar crianças em dias de culto na igreja; a sala continha desenhos para que elas pudessem colorir e brinquedos. Para conduzir a atividade como coordenadora, convidei uma enfermeira que também é mãe, a qual assumiu a coordenação de todas as oficinas.

Para manter um clima de aconchego e de relaxamento das participantes, utilizei como música de fundo o áudio *Música instrumental para relaxar e dormir gospel*.

Inicialmente, foi feito um semicírculo para que todas se apresentassem, inclusive a coordenadora. Cada uma das mães falou um pouco de si, de sua procedência, estado civil, número de filhos, gestação e parto.

Encerradas as apresentações, a coordenadora solicitou que cada mãe escolhesse uma mesa, apresentou o álbum, e pediu a elas que selecionassem as imagens que lhes representaram durante o momento da gravidez e no momento do parto para colar no cartaz; mostrou os demais materiais que estavam disponíveis sobre as mesa, dando então início à atividade.

Durante a atividade, foi possível observar que todas estavam concentradas, que três participantes tiveram dúvidas em relação a colocar imagens que representassem a gravidez, parto, nascimento ou hospitalização. A coordenadora explicou que era livre a escolha das fotos. Passado o tempo programado, uma a uma foi colocando seu cartaz no mural e comentado sobre as imagens escolhidas. Todas falaram de sua gravidez e do momento do parto, com exceção de uma que revelou timidez e não quis se expressar, mas realizou a atividade.

Após o término da atividade, foi oferecido chá com biscoitos para todas que ali estavam. Esse momento foi ótimo para o grupo, pois pude observar uma interação maior e o compartilhamento das experiências vividas.

Dentre as mães, uma foi a que mais contou sobre sua história. Foi comunicado pela coordenadora que eu estaria agendando uma visita com cada uma delas, a fim de conversarmos um pouco sobre a atividade. Por fim, mesmo após confirmação da presença na oficina, duas colaboradoras não compareceram, sendo essa primeira atividade realizada com o total de 6 mães. Após a atividade, uma dessas mães que não compareceu na primeira oficina entrou em contato e disse que não deseja participar mais do trabalho; e outra mãe justificou que teve problemas pessoais e não pôde comparecer, mas que continuou nas demais oficinas. A partir disso, o grupo foi formado por sete mães que receberam os seguintes nomes fictícios: Joquebede, Ana, Lóide, Rute, Rebeca, Débora, e Isabel.

5.3.1.1.2. *Massa de Modelar*

Nesse segundo encontro, as mães participaram da atividade com massa de modelar. “Esta técnica possibilita perceber muitas linguagens além da verbal, a do corpo, a dos gestos, e as representações” (RIBEIRO, 2010, p.75).

Nessa oficina, as colaboradoras utilizaram a massa de modelar para retratar sua visão como mãe, frente ao seu bebê prematuro.

a) Foram utilizados os seguintes materiais:

- Massinha de modelar;
- Folha de papel cartolina recortada em quadrados de 30 cm X 30 cm;
- Aparelho de som e CD com música natalina suave;
- Cadeiras confortáveis;
- Mesas para confecção das massinhas;
- Mesa central para apresentação das figuras trabalhadas.

b) Duração da oficina: 50 minutos

Primeiro momento: (duração: 10 minutos)

- A coordenadora primeiramente explicou a oficina às colaboradoras, que foram dispostas individualmente, evitando, assim, possíveis comentários e comparações.
- A massa foi dividida em bolinhas pequenas no número exato das participantes;
- Forneceu-se papel cartolina para os trabalhos;

- Colocou-se uma música suave de fundo;
- Distribuiu-se a bolinha de massa para cada participante;
- Foi realizada pergunta chave: Como você se viu frente ao bebê prematuro?

Segundo momento: (duração: 25 minutos)

- Cada participante colocou seu trabalho na mesa para exposição;
- Todas as participantes circularam a mesa de trabalho;
- Todas comentaram e avaliaram os trabalhos expostos, identificando semelhanças ou diferenças.

Terceiro momento: (duração: 15 minutos)

- Os trabalhos expostos foram valorizados pela coordenadora;
- Foram identificadas as semelhanças e as diferenças, salientando-se os pontos positivos.

c) Avaliação:

- Foi um momento de muita riqueza, pois permitiu identificar os sentimentos apresentados pelas mães durante a hospitalização de seus filhos.

Descrevendo a oficina com massa de modelar

Passados alguns dias da primeira oficina, realizei uma visita domiciliar para cada colaboradora, a fim saber o que elas haviam achado da oficina e também me aproximar mais. Após feitas todas essas visitas agendamos nosso segundo encontro, no entanto tivemos alguns contratempos com relação à data, pois era final de ano e algumas mães trabalhavam até mais tarde, foi complicado encontrar uma data na qual todas pudessem comparecer, por fim agendamos para o dia 19/12/2016. Como a data era próxima do Natal, decorei o salão com flores e toalhas de mesa vermelhas, papai Noel, árvore de natal, entre outros enfeites natalinos. As mesas foram posicionadas em semicírculos, coloquei uma mesa frente àquelas onde as mães sentariam e ali dispus as bolas de massa de modelar que eu mesma preparei, conforme a receita de Ribeiro (2010). Vários outros objetos usados em brincadeiras com massinha de modelar, tais como: rolinhos, cortadores, tesouras, colas e canetinhas de várias cores foram colocados sobre as mesas onde as mães ficaram. Também uma caixa personalizada com o nome do grupo ficou sobre a mesa para que elas pudessem ter um lugar para guardar os materiais usados. Por fim, metade de uma cartolina foi disposta nas mesas para que a arte fosse montada, além de um cartão de natal com a pergunta chave da oficina: Como você se viu frente ao bebê prematuro?

A coordenadora conduziu a atividade explicando-lhes que teriam de responder à pergunta usando a massinha. A atividade foi realizada com uma trilha sonora instrumental ao fundo denominada de *Clássicos de Natal Christmas Songs*. Logo, Joquebede perguntou se poderia fazer somente a face, mas foi informada que seria mais interessante modelar o corpo todo, porém ela recusou, percebi que a partir desse momento, mesmo uma mãe não vendo a arte da outra a atividade mudou, pois a maioria preferiu fazer somente o rosto. Já Isabel e Rebeca, preferiram fazer desenhos sobre a massinha para expressarem seus sentimentos; observei também que Ana era a mais concentrada; por outro lado, Rebeca era a mais desinteressada. A coordenadora perguntou se Rebeca queria ajuda, mas ela recusou e disse que já havia terminado. Enquanto as outras mães terminavam, ela ficou com olhar disperso.

Após o término desse momento, todas as mães colocaram seus trabalhos sobre a mesa. A coordenadora solicitou que cada uma comentasse um pouco sobre o que havia sido feito. Ressalto que nesse grupo todas as participantes colocaram legendas nos seus produtos finais, mesmo sem ter havido instrução para isso no início. No momento da apresentação, elas falaram sobre o sentimento de ver o filho tão pequeno e indefeso; esse foi o ápice da atividade, foi algo belo, verdadeiro e emocionante, e todas se emocionaram! Confesso que tive que me segurar para não me emocionar também!

Nesse momento de partilha, Joquebede compartilhou a experiência dolorosa de ver o filho na UTI, a felicidade e ao mesmo tempo o medo da alta, também falou sobre a luta que enfrenta desde o nascimento com a peregrinação em diferentes médicos, e a preocupação em relação ao atraso dele nas atividades comuns para a idade. Débora contou que, ao chegar na UTI, percebeu que o fato da filha ter nascido prematuramente não era algo incomum, já que lá estavam seis RNP, teve muito medo e chorou muito, pois viu bebês não aguentarem e falecerem, por fim, quando a filha teve alta, sentiu-se feliz e tranquila. Por sua vez, Rute contou que foi triste e assustador permanecer no hospital e ver o filho na UTI, se sentia muito angustiada, principalmente por ele ter desenvolvido meningite, mas pôde ver que no decorrer dos dias ele lutava bravamente para sobreviver; no final, sentiu-se agradecida a Deus por ele ter recebido alta e mais ainda por não ter desenvolvido sequelas graves. Lóide destacou a palavra “tristeza” para expressar a hospitalização do filho prematuro, a cada dia ficava mais preocupada e com medo, pois ele não apresentava melhoras nos primeiros dias, temia muito por sua morte, mas sempre rezava e pedia a Deus que não os abandonasse; ficou muito feliz pela alta, referindo ao filho como seu maior tesouro. Por sua vez, Rebeca, muito emocionada, disse apenas que foi uma mistura de sentimentos de medo, alegria e amor, mas que não conseguiria descrever nesse momento. Quando Ana começou a falar, percebi o quanto ela gosta

de conversar e contar sua história, também emocionada contou ao grupo sobre a depressão e como isso a afetou, ao ver o filho recorda que o mais marcante durante a hospitalização foi o fato de vê-lo sem cílios, sem sobrancelhas, e as orelhas muito finas como “folha de papel”. Ela queria muito que ele tivesse alta, e quando isso aconteceu foi seu melhor remédio contra a depressão. Isabel trouxe as mais belas palavras de conforto para o grupo, escreveu na massinha um pequeno texto, o qual parecia uma poesia, “ *Mesmo ele tão pequenininho para mim ele era enorme, um guerreiro, como se ele estivesse preenchendo um vazio que em mim faltava... me senti tão feliz por ver ele bem, lutando... quando vi ele, o sol brilhou mais forte e as flores do jardim se abriram, cada momento dele eu aproveitei ao máximo, a cada troca de fralda, a cada hora de amamentar, para mim era uma vitória. Ele é minha joia, meu maior presente de Deus!*” Sem dúvida alguma, quando iniciei essa atividade, imaginei que não chegaria a um bom resultado, pois observei que no começo elas não gostaram muito, estavam receosas, não fizeram a arte como eu havia idealizado, pensei até que estava impondo uma barreira ao grupo. Mas, após a descrição dos produtos e a forma como cada uma explicou sua vivência na UTI hospitalar, me fez entender que o grupo havia se tornado de fato um grupo cultural. Foi riquíssimo ouvi-las falando sobre seus sentimentos e pensamentos, os quais apresentavam muitas coisas em comum; a cada fala tinha a sensação que elas haviam passado pela mesma situação no mesmo momento. Havia emoções comuns, positivas e negativas, como a esperança e felicidade da alta, o receio quanto à saúde de seu prematuro. Ao término dessa oficina, o grupo cultural Mães de Guerreiros foi formado.

5.3.1.1.3 Boneca

Nesse último encontro de grupo, abordou-se o modo como as mães realizavam os cuidados com os filhos prematuros após a alta hospitalar no domicílio.

a) Foram utilizados os seguintes materiais:

- Mesas com cadeira dispostas em círculo;
- Aparelho de som e CD com música suave;
- Boneca de tamanho semelhante à de um RNP;
- Fraldas descartáveis para RN;
- Roupinhas;
- Bacias de plástico;
- Sabonetes plásticos;

- Fraldas de pano;
- Tecidos, flanelas e cobertores infantis.

b) Duração da oficina: 50 minutos

Primeiro momento: (duração: 05 minutos)

- Solicitou-se que cada participante escolhesse os materiais necessários para a realização dos cuidados com um bebê;
- As mães foram orientadas a se posicionarem confortavelmente;
- Ligou-se música suave.

Segundo momento: (duração: 30 minutos)

- Solicitou-se às mães que executassem os cuidados conforme faziam nos primeiros dias com seus filhos, isto é, o modo como realizavam a higiene, a alimentação e como colocavam o bebê para dormir.

Terceiro momento: (duração: 15 minutos)

- Pedi-se que cada mãe avaliasse seus cuidados, apontando as dificuldades, as facilidades, o apoio familiar, entre outros.

c) Avaliação:

A coordenadora da atividade ressaltou os conceitos:

- Cuidados;
- Amamentação;
- Apoio Familiar.

Descrevendo a oficina com bonecas

Esse último encontro foi marcado para o dia 12/01/2017, mas algumas horas antes três mães me ligaram dizendo que não poderiam ir, uma estava com caxumba, as outras duas com os filhos doentes, então entrei em contato com as outras mães e cancelamos a atividade. Esse encontro foi remarcado para dia 25/01/2017. Nesse dia, montei todo o salão como se estivemos em um quarto de bebê todo decorado, espalhei alguns brinquedos e ursos de pelúcia, borrifei por todo ambiente perfume para bebês, havia roupas de várias cores, modelos e tamanho, bonecas que representariam os filhos prematuros de vários tamanhos, produtos de higiene completos, fraldas descartáveis, mamadeiras, chupetas, alguns medicamentos, e quase tudo que se poderia ter em um quarto de bebê. Ao fundo, a música instrumental *Canção de Ninar Infalível*. Foi montado um semicírculo com as mesas e sobre cada uma delas tinha um berço

montado com todo enxoval necessário. As mães chegaram e ficaram encantadas com o ambiente e o com o cheiro. Lóide, Rute, Débora e Ana trouxeram seus filhos, que ficaram com a cuidadora na salinha de brinquedos. A coordenadora explicou que esse seria nosso último encontro como grupo, mas que elas ainda continuariam recebendo minhas visitas, então pediu que todas se levantassem e se aproximassem da mesa e que escolhessem as bonecas que representariam seus filhos, e todo material que fossem utilizar.

A primeira foi Joquebede que brincou ao dizer que não sabia mais cuidar de um bebê tão pequeno, mas pegou a boneca e deu banho, colocou roupas, enrolou na coberta, ofereceu a mamadeira e colocou o bebê para dormir. Relatou não ter amamentado devido à falta de ar do filho.

A segunda foi Ana, que com muita calma e delicadeza pegou a boneca e apresentou um banho completo com muitos detalhes, lavando primeiro a cabeça secando com uma fralda de pano, depois colocou a boneca na banheira, lavou as orelha, entre os dedos, passou pomada para assadura, limpou a cicatriz umbilical com álcool, fez até um ninho de cobertor, que segundo ela, foi bastante utilizado no hospital, ofereceu mamadeira e colocou para arrotar; enquanto fazia atividade, foi narrando-a passo a passo.

A terceira a demonstrar seus cuidados foi Débora, deu um banho rápido e disse que não gostava de colocar muitas roupas na filha, e como ela havia nascido em janeiro, a deixava de body e meia, apenas quando ia dormir a cobria. Demonstrou como amamentava, destacou que colocava o braço da bebê para traz, e depois ficou alguns minutos em pé com a boneca nos braços para arrotar, e a colocou no berço, com fazia com a filha.

A quarta foi Lóide, quando pegou a boneca e as roupas, expressou: “*Ah que saudade!*” Disse que sempre fez tudo sozinha; realizou o banho com calma, higienizando todo o corpo com delicadeza, dobrou a fralda como fazia em casa, pois a fralda do tamanho RN ainda era grande, enrolou na flanela, amamentou e depois colocou para arrotar e dormir, contou que o filho ficava maior parte do tempo no colo e dormia bem.

A quinta mãe foi Rebeca, pude perceber que a timidez foi menor e ela mostrou com detalhes na boneca como fazia o cuidado com sua filha. Contou que os primeiros banhos após a alta quem realizou foi seu esposo, pois tinha medo por ela ser tão pequena, mas que depois de alguns dias ela foi se acostumando e passou a realizar o banho. Fez toda a rotina do banho com calma, simulou a amamentação e disse que a filha mamava e dormia bem, assim colocou a boneca no berço e a cobriu como faz até hoje em sua filha.

A sexta mãe foi Rute, contou que como morava com os pais e a irmã, todos a ajudavam, e ainda brincou: “*era uma briga para ver quem ia dar banho.*” Demonstrou com detalhes como

era o banho, secou com cuidado, aplicou pomada, vestiu as roupas, enrolou na flanela e amamentou como faz até hoje.

A última foi Isabel, dentre as várias bonecas que havia sobre a mesa escolheu uma das menores para representar seu filho. Disse que a boneca escolhida se parecia muito com o filho, porque assim como a boneca as menores roupas ainda eram grandes, e tinham que ser dobradas, segundo ela tudo era grande para seu filho. Demonstrou o banho com calma, secou bem, e vestiu as roupas, enrolou bem na flanela e no cobertor, por fim, depois demonstrou a amamentação.

A atividade chegou ao fim. Após os cuidados com as bonecas, conversamos como foi cuidar do bebê recém-chegado em casa. A maioria das mães relatou que os cuidados eram tranquilos, não tinham medo quanto a executá-los, mas a maior preocupação era com possíveis engasgos, cólicas e as poucas horas de sono delas. Foi bastante divertido e percebi bastante interação entre elas. Todas demonstraram alegria em lembrar e em reviver esse período de suas vidas. A coordenadora pediu que cada uma falasse uma palavra que representasse o momento vivido após a alta. Assim como na sequência das demonstrações as palavras foram: Superação, Alegria, Amor, Fé, Bênção de Deus, Esperança e Vitória. Foi servido um lanche a elas e nos despedimos.

5.3.2 Entrevista semiestruturada

A Entrevista Semiestruturada valoriza a presença do investigador e permite que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação, favorecendo não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também de sua explicação e compreensão em sua totalidade (ATKINSON; HAMMERSLEY, 2005; RIBEIRO; GUALDA, 2011).

A entrevista possui degraus, ou seja, é dividida em pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista. As entrevistas foram semiestruturadas, com duas perguntas norteadoras:

– Conte-me como foi sua chegada em casa após o parto.

– Fale-me como as primeiras semanas se passaram.

Para a realização das entrevistas, solicitou-se a cada mãe a data e local de sua preferência. Após a realização da primeira entrevista, esta foi analisada. Somente após esse processo, é que se agendou a próxima com outra colaboradora, e assim sucessivamente.

Para uma colaboradora, houve mais de uma entrevista porque houve necessidade de compreender melhor um fato narrado. Para o restante do grupo, foi realizada uma entrevista.

Após o término da coleta de dados, ou seja, da realização das oficinas, da observação participante e da entrevista, as mães foram convidadas para um jantar onde puderam levar seus filhos e companheiros. Esse jantar foi a maneira de agradecer e de me despedir do grupo cultural, pois deixar o grupo de pesquisa também necessita de planejamento e de cuidado (RIBEIRO; GUALDA, 2009).

5.4 TRATAMENTO DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas, transcritas pela pesquisadora e transcriadas para a construção das narrativas e identificação de tons vitais.

“Editar uma entrevista equivale a tirar andaimes de uma construção. Quando esta fica pronta faz-se necessário ouvir muitas vezes a entrevista até que se defina a música do relato. Depois de absorvido o ritmo da narrativa e a intenção, procede-se à transcrição” (MEIHY, 1996, p.59).

A partir da realização da entrevista, realizou-se a respectiva transcrição, mudando o estágio de gravação oral para o escrito. Nesse processo, estão incorporadas a transcrição absoluta, a textualização e a transcriação (MEIHY, 1996; RIBEIRO; GUALDA, 2011). São denominadas transcrições absolutas, quando ocorre a passagem completa dos diálogos e sons como eles foram captados; a seguir, são feitas correções de acordo com o sentido intencional dado pelo narrador que articulou seu raciocínio com as palavras.

A etapa seguinte englobou a textualização. Nessa fase, ocorreu a fusão das perguntas com as respostas e o texto passou a ser predominantemente da narradora. Durante o tratamento da textualização, escolheu-se um tom vital de cada narrativa, que correspondeu à frase que serviu de epígrafe para a leitura da narrativa. Portanto, essa frase escolhida atuou como um farol a guiar o trabalho (BENNER, 1994; MEIHY, 1996; RIBEIRO; GUALDA, 2011). O tom vital é o tom que distingue *pathos*, sentimentos passageiro, do *ethos*, em que reside a convicção permanente de quem narra acerca de um determinado tema (BOSI, 1998).

A última etapa da transcrição abarcou a transcriação, a qual é um texto recriado em sua plenitude, sendo obedecidos os acertos combinados com cada colaboradora que legitimou o texto final no momento da conferência, ou seja, o trabalho foi lido e conferido por cada narradora que o legitimou por meio de sua assinatura no final da narrativa.

O pressuposto básico que dirige todo o processo visa a uma transformação geral: de falas em escritas, de versões individuais em argumentos coletivos e, sobretudo, “de casos fadados à rotina do esquecimento de cotidianos fátuos a uma operação bem superior, a um exercício de transformação de todo o processo” (MEIHY, 2006, p.134).

A pessoa que interpreta uma narrativa não pode nunca escapar de sua própria experiência ou de sua postura que criem a possibilidade de um primeiro plano interpretativo, no qual o que interpreta procura ouvir e compreender a voz do participante. Os relatos narrativos são “relatos significativos que apontam o que é percebido, o que vale a pena conhecer e o que preocupou o que fala” (BENNER, 1994, p.101). A narrativa tem como premissa estar integrada ao fenômeno e preservar a dimensão temporal e não abandonar o texto etnográfico (BASZANGER; DODIER, 2004).

Como um estudo etnográfico, o conceito de cultura é essencial e, portanto, não é abandonado; porém, o etnógrafo não tenta tanto absorver o conhecimento da cultura, mas, sim, revelar o diálogo estabelecido entre as culturas diferentes durante o trabalho de campo (DWYER, 1979 apud BASZANGER; DODIER, 2004).

A rigor, a análise dos dados iniciou-se no processo de introspecção que acompanhou todas as fases de coleta de dados (CANEIRO, 1999). Esse processo envolve um “pensar e repensar sobre o que as pessoas dizem, fazem e sobre a consistência entre aquilo que dizem que fazem e realmente fazem e o significado das ações no contexto, onde atividade e interação ocorrem” (GUALDA; HOGA, 1997, p. 416).

Para a análise dos dados, empregou-se o método proposto por Leininger (1985) em suas quatro fases:

- a) *Coleta e documentação de dados brutos*: foram incluídos os registros de notas de campo realizados durante a observação-participação, as entrevistas, as conversas informais;
- b) *Análise contextual e de padrões*: visou obter a saturação, a consistência e a confiabilidade dos dados; para isso, estes foram escrutinados a fim de se identificarem padrões de comportamento, significados estruturais e padrões recorrentes;
- c) *Formulação teórica, temas e achados relevantes*: compreendeu a última e mais refinada etapa, em que se exigiu a elaboração de síntese das reflexões e o emprego de criatividade para analisar os dados. Exigiu-se também abstração para alcançar a formulação teórica.

O processo de transcrição e de transcrição levaram à construção das narrativas e à identificação dos tons vitais. A leitura e releitura cuidadosa dos dados resultaram na elaboração das categorias empíricas.

5.5 ÉTICA NA PESQUISA

O estudo foi submetido à apreciação e à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas-MG, em conformidade com o preconizado pela Resolução nº466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e aprovado sob O Parecer consubstanciado de número 1.774.512(ANEXO A). A coleta de dados iniciou-se somente após a aprovação pelo CEP UNIFAL-MG.

Para a coleta dos dados, foi solicitada a autorização do Secretário de Saúde do município de Borda da Mata, Minas Gerais (APÊNDICE A), e do Pastor responsável pelo Pavilhão de Igreja Presbiteriana Independente de Borda da Mata, local onde aconteceram os encontros com as mães (APÊNDICE B).

Para cada colaboradora, foi solicitada sua autorização para a participação no estudo. Para isso, elaborou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) garantindo autonomia, segurança, bem-estar e os princípios éticos da pesquisa.

Após a autorização do Secretário de Saúde municipal, realizou-se uma busca junto à Secretaria de Saúde com o intuito de localizar nome e endereço das mães que tiveram filhos prematuros de janeiro de 2014 a junho de 2016. De posse desses dados, agendou-se pessoalmente, com cada mãe, uma visita domiciliar para a apresentação e a explicação do estudo. Nessa visita, explicou-se a pesquisa, bem como foi realizado o convite formal para sua participação.

Na abordagem inicial da colaboradora, foi facultada a possibilidade de não participar do estudo e foi informado previamente de que uma eventual negação não lhe acarretaria prejuízos. Esclareceu-se que cada uma receberia um nome fictício a fim de manter o anonimato desde o início da coleta de dados. Também foi esclarecido que durante as oficinas seriam realizadas fotos dos produtos desenvolvidos por elas. Além disso, cada colaboradora foi informada de que as entrevistas seriam gravadas por gravador e que, após o uso, seriam destruídas. Os dados contidos no estudo serão publicados e divulgados em periódicos e em eventos nacionais e internacionais. Esclareceu-se que sua colaboração é relevante aos profissionais de saúde envolvidos com a assistência à saúde dos RNP, assim como para os serviços e para a própria sociedade.

A fase de coleta de dados teve início em novembro de 2016 e término em abril de 2017, totalizando seis meses.

5.6 RIGOR METODOLÓGICO

O rigor na pesquisa qualitativa está relacionado com a subjetividade do pesquisador (BENNER, 1994; CARNEIRO; CORBISHLEY, 2000; LUDKE, ANDRÉ, 1986; RIBEIRO; GUALDA, 2009).

Essa subjetividade decorre do envolvimento do pesquisador com os informantes no processo de investigação. Assim sendo, pontos importantes relativos à objetividade precisam ser observados pelo pesquisador, para que a validade do estudo seja garantida, e para o reconhecimento, pelo próprio pesquisador, de seus pressupostos e valores antes de iniciar a pesquisa (GUALDA; HOGA, 1997).

Corroborando essa afirmação, Brêtas e Oliveira (2006) afirmam que:

“Agir com Ética na análise dos dados significa não manipular as informações em hipótese alguma. Há necessidade de assegurar o rigor científico em todo o processo de pesquisa, fundamentalmente, nesse momento em que o(a) pesquisador(a) lida com a subjetividade dos dados” (p.162).

Os aspectos relacionados à objetividade e à subjetividade, portanto, devem ser reconsiderados e descritos na medida em que forem sendo modificados ou afetados durante o desenvolvimento da investigação. O tempo de permanência em campo deve ser o mais longo possível, para que haja a possibilidade da obtenção de resultados mais acurados. Quanto maiores e mais frequentes forem os períodos de observação, melhores serão as possibilidades de interpretação e inferências a partir dos dados coletados. Os dados devem ser coletados por meio de diversas fontes de informação, em vários momentos e situações e validados com os informantes. Os métodos, os procedimentos e os modos de obtenção das informações devem ser claramente descritos pelo pesquisador (GUALDA; HOGA, 1997). Todos esses aspectos foram observados e realizados nesse estudo.

Adotou-se como validação a devolução dos dados às próprias colaboradoras ao final do estudo. Não obstante, a aprovação/validação da banca examinadora é considerada como forma de validação (ALVIM, 1994; RIBEIRO; GUALDA, 2009; RIBEIRO et al., 2013).

6 GRUPO CULTURAL “MÃES DE GUERREIROS”

O Grupo Cultural denominado “Mães de Guerreiros” foi formado por sete mães de bebês nascidos prematuros, residentes do Município de Borda da Mata. Duas moravam na zona rural e as demais, em bairros urbanos.

No início da pesquisa, expliquei a cada participante que seus nomes não seriam revelados e, que poderiam escolher um nome diferente para ser usado na pesquisa, contudo não me sugeriram um nome de preferência. Nessa perspectiva, durante a condução dessa pesquisa, pude perceber que todas as mães possuíam grande fé e que agradeciam muito a Deus pelo auxílio na superação de uma fase tão difícil; assim, tive a ideia de nomeá-las com nomes de mulheres que foram mães e se destacaram na Bíblia Sagrada.

Comecei a pesquisar quais foram as mulheres que se tornaram mães na Bíblia Sagrada, como eram suas vidas, suas dificuldades naquela época, suas qualidades, enfim, tudo que pudesse revelar suas identidades. Posteriormente, em uma lista com vários nomes, comecei a focar nas qualidades dessas mulheres, fazendo uma ligação com as características semelhantes às das mães deste estudo; nesse ínterim, escolhi os seguintes nomes:

Joquebede, conhecida como a mãe que confiou no Senhor, era uma mulher casada que vivia no Egito numa época de pesadelo, pois o Faraó havia ordenado que os recém-nascidos do sexo masculino fossem mortos. Nesse contexto, Joquebede estava determinada a fazer de seu ventre um lugar de abrigo, de esperança e de vida, planejando a salvação de seu filho antes mesmo de ele nascer, protegendo-o das mãos dos egípcios. Transformou a salvação de seu filho em um grande projeto de vida. Deu à luz a seu filho em segredo e colocou-o em um cesto protegido no leito do rio Nilo, deixando-o aos cuidados de Deus. Tal cesto flutuante com a criança foi encontrado pela filha do Faraó que o criou como filho, impedindo então sua morte iminente. Joquebede se tornou escrava da filha do Faraó e pôde amamentar seu filho. Moisés foi criado na corte do Faraó recebendo uma educação digna de príncipe, mas como sua mãe biológica era escrava e ajudou em sua criação, ele conheceu o amor de Deus. Quando tornou-se adulto, optou por sofrer junto ao seu povo, em vez de viver nas riquezas do Egito. Por fim, Joquebede era determinada e nunca acreditou que Deus a abandonaria, tendo forças para fazer tudo o que planejara. A história dessa mãe na Bíblia fez-me pensar muito na minha primeira colaboradora, que assim como ela enfrentou adversidades após o parto, porém persistiu e luta até hoje pela vida do filho.

Ana, nome de origem Hebraica que significa “cheia de graça”. Na Bíblia, era casada, de meia idade e não podia ter filhos, isto é, era estéril. Inúmeras pessoas na época a

desacreditaram e a desanimaram em relação a ser mãe, no entanto Ana não se conformou e prometeu que, caso Deus a abençoasse com um filho ela o consagraria a serviço Dele por toda vida. Ana era obstinada, não queria outra coisa além de seu filho, assim como uma das mães da pesquisa, que por ter uma doença crônica, durante vários anos foi desacreditada pelos médicos, os quais diziam que ela não poderia engravidar.

Lóide, nome de origem bíblica, que significa “virtuosa”, mulher devota, que exercia junto com sua família uma “fé não fingida”, crendo sinceramente em Deus. Essa fé passou para sua filha, pois Lóide realizava culto doméstico no qual ensinava o temor a Deus e a obediência à “palavra da verdade”. Ao deparar-me com tal mãe da Bíblia, logo pensei em uma colaboradora que, assim como Loíde, mostrou-se devota e apontou momentos de oração com a família marcantes em sua vida, principalmente em sua gestação.

Rute, nome quer dizer “amiga, companheira”. Na Bíblia foi uma jovem que ficou viúva, e nunca abandonou sua sogra, tendo-a como uma mãe. Depois de algum tempo, mesmo casada novamente, viveu com essa sogra que a ajudou a criar seus filhos. Essa característica em ser amiga e companheira como Rute, é notável na relação familiar de uma das participantes, que também é jovem. Essa participante, mesmo não vivendo com o pai do seu filho, vive uma relação muito forte de amizade, união, amor e apoio com sua família, especialmente a mãe, e também com família do pai de seu filho.

Rebeca, nome que significa “união”. Assim como uma das colaboradoras, em sua juventude teve de se mudar para outra cidade para viver com seu companheiro, tinha o sonho de ser mãe, e era também muito trabalhadora.

Débora, nome de origem hebraica que significa “abelha do mel”. Era uma mulher diferente para a época em que viveu, pois se tornou líder de Israel, um papel protagonista que nunca se tinha visto para uma mulher. As escrituras dizem que Débora era uma mulher “de fibra”, que não se intimidava diante das guerras, era líder, tomava a frente dos problemas de seu povo e lutava para resolvê-los; era uma mulher que confiava muito em Deus. As características de liderança de Débora foram evidentes em uma das colaboradoras.

Isabel, nome de origem hebraica que significa “consagrada de Deus”. Era uma mulher casada e mais velha; o casal era obediente a Deus e seguia seus mandamentos. Isabel soube esperar as demoras de Deus e se manteve firme na obediência e na oração, sendo escolhida para a missão de ser mãe de um profeta. As características de Isabel, como mulher mais experiente com um lar harmonioso, vai ao encontro do que percebi na convivência com uma colaboradora, pois assim como Isabel, em nenhum momento, ela relatou medo ou pensamentos negativos.

O grupo cultural foi então denominado “Mães de Guerreiros”, sendo que cada uma tem sua singularidade, sua história de vida, seu mecanismo de enfrentamento da gestação, do parto e, sobretudo, da vivência de ser mãe de um bebê prematuro.

Para cada colaboradora, as visitas domiciliares foram realizadas em vários momentos, isto é, no início do estudo, para conhecimento das colaboradoras, no agendamento das oficinas e após cada uma delas, no agendamento para a entrevista, e na validação das narrativas, assim, a ordem da organização desse capítulo seguiu a das visitas. Todas as colaboradoras receberam um contato telefônico prévio para o agendamento da primeira visita, e, nesta, foram informadas sobre o estudo e, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela pesquisadora, todas as colaboradoras assinaram concordando em participar do estudo.

6.1 NOTAS DO CADERNO DE CAMPO

Apresento-lhes as Notas do Caderno de Campo que foram transcritas e, posteriormente transcritas para elaboração do texto. A seguir, passo à descrição específica e individual de cada colaboradora, dentro da uniformidade do grupo.

6.1.1 Joquebede

Joquebede, trinta anos, casada, de estatura alta, com aspecto de sobrepeso, possui pele e cabelos claros. Técnica de Enfermagem, trabalha em uma farmácia da cidade. Reside com o marido e o filho, de um ano e oito meses nascido prematuro, em uma casa alugada. Esse é o primeiro e único filho, nascido de parto cirúrgico com 31 semanas de gestação devido à pré-eclâmpsia. O recém-nascido prematuro teve internação hospitalar de 75 dias.

Optei por iniciar a entrevista semiestruturada com essa mãe, visto que percebi nela uma maior maleabilidade e disponibilidade em compartilhar sua experiência de ser mãe de uma criança nascida prematura, que acompanhou sua evolução diariamente por 75 dias dentro de um hospital. Após a alta, vivenciou o cuidado materno domiciliar do filho prematuro com algumas complicações e reinternações. Essa mãe vive até os dias atuais uma peregrinação em busca de profissionais de saúde que possam auxiliar na melhora da qualidade de vida de seu filho, o qual enfrenta adversidades inerentes à prematuridade.

No dia e hora marcados, dirigi-me a sua residência, onde estavam ela e o filho. Fui recebida no portão, apresentei-me como Enfermeira e Mestranda, ela me convidou para entrar. Sentamos no sofá da sala, enquanto o filho brincava em um colchão no chão. Expliquei à mãe

que havia conseguido seu contato por intermédio da Secretaria de Saúde do município, pois estava à procura de mães de bebês nascidos prematuros. Durante toda a visita, seu filho brincava tranquilamente no chão.

Em conversa informal, a colaboradora revelou-me um pouco sobre sua história. Inicialmente, sua gravidez foi planejada, realizando o pré-natal no Posto de Saúde. Mas, com 31 semanas de gestação, teve uma forte crise de cólica estomacal, intercorrência que a levou a procurar o pronto socorro do município. Ao ser examinada, foi constatada pressão arterial muito alta, sendo encaminhada para o hospital público de referência. Foi internada com pré-eclâmpsia, sendo realizada cesariana de urgência. O bebê permaneceu internado na UTI por 75 dias. Contou-me que seu filho possui atraso no desenvolvimento, expresso por dificuldades na fala, em manter postura ereta, na deglutição, dentre outras, devido à prematuridade. Disse-me que é casada e que trabalha em uma farmácia como técnica de enfermagem.

A partir desse primeiro encontro, a colaboradora veio sempre se mostrando prestativa e participativa no trabalho; nas oficiais, sempre era a primeira a chegar, esteve disposta a compartilhar sua história, com uma grande riqueza de detalhes. Em todos os nossos encontros, sempre mantivemos um bom relacionamento, percebi que instituímos um laço de confiança, pois ela sempre compartilhou situações particulares, tais como problemas na saúde do filho e do esposo e sobre seu trabalho. Nesse cenário, pude perceber que foi preciso aprender a controlar o desejo de intervir, de ajudar, de posicionar-me e de deixar emergir como alguém que está ali, com claro interesse em pesquisar, em observar e em aprender com o outro.

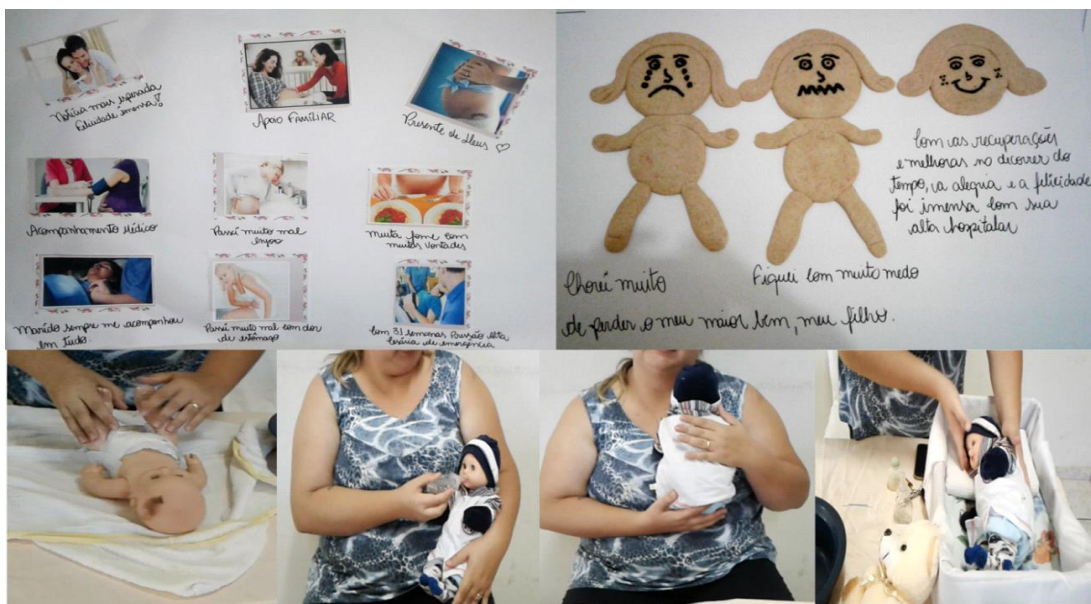
Em uma de minhas visitas, confidenciou-me que se sente aflita devido ao atraso no desenvolvimento que o filho vem apresentando e na dificuldade dele ao aceitar a alimentação. Revelou-me também que se sentiu insegura ao trazer o filho para casa quando este recebeu alta do hospital. Na oficina de mosaico, apontou a imagem da gestante passando mal como a mais marcante, pois a fez lembrar de quando teve fortes dores no estômago e que, ao procurar o serviço de saúde, diagnosticaram que sua pressão arterial estava alta, o que a levou ao parto prematuro. Avaliou a atividade como ótima, e gostou muito. Tal mãe sempre apresentou-se bem humorada, educada, gentil e acolhedora; todos os nossos encontros domiciliares ocorreram na sala de sua casa, no período noturno e, em algumas dessas visitas, o filho estava presente.

Em outra visita domiciliar, seu filho estava conseguindo dar os primeiros passos e ela demonstrava alegria contagiante; mas, ao mesmo tempo, revelou que nas últimas avaliações médicas o ortopedista pediu que fosse feita uma avaliação por um neurologista e que esse médico havia solicitado uma ressonância magnética e vários outros exames. Havia suspeita de que seu filho teria autismo e ela estava um pouco preocupada e apreensiva, visto que, para se

fazer o exame, era necessária a sedação da criança. Em outro momento, revelou-me que, quando seu filho recebeu alta hospitalar, teve receio de retornar a sua casa sem os aparelhos de monitorização, pois tinha muito medo de o filho adoecer em casa. Em poucos dias na sua residência, o RN engasgou com o leite e teve que ser internado novamente. Esse temor da colaboradora pode ser considerado comum, porque o ambiente hospitalar, por estar abarrotado de equipamentos e de profissionais, pode transmitir maior segurança à mãe da criança prematura; ou, ao contrário, intimidar o cuidado materno.

Na oficina com massa de modelar, ela não quis desenhar seu corpo inteiro, mas, por meio da expressão facial, acredita ter conseguido fazer o que lhe foi solicitado. Em sua opinião, o melhor momento foi a apresentação dos produtos, pois todas as mães que ali estavam tiveram oportunidade de compartilhar suas histórias e de se emocionar. Para essa mãe, depois que uma mulher é mãe, nunca se esquece de como se cuida de um bebê.

Figura 1- Produtos criados por Joquebede durante as oficinas.



Fonte: Da autora.

Nota: Produtos produzidos pela colaboradora e fotografado pela autora.-

6.1.2 Ana

Ana, trinta e seis anos, casada, de estatura mediana, eutrófica, possui pele e cabelos claros. É do lar, reside em casa própria na zona rural com o marido e o filho de oito meses. Esse é seu primeiro e único filho, nascido de parto cirúrgico devido à não dilatação após amniorrexe prematura, com 34 semanas de gestação. O bebê teve internação hospitalar por 7 dias. A

colaboradora é portadora de lúpus e teve depressão durante a gestação.

No dia e hora agendados previamente, nos encontramos e ela estava acompanhada do marido e do filho, que também participaram desse nosso primeiro encontro, que ocorreu em um local externo a sua casa. Essa colaboradora é casada há 12 anos, mora em casa própria na zona rural de um bairro afastado do município. Durante nossa conversa, percebi que o marido parecia satisfeito em ver a esposa interessada nas atividades, demonstrando incentivo à esposa, além de ser prestativo e atencioso.

De maneira espontânea e resumida, começou a contar-me sobre sua vida. Disse-me ser portadora de uma doença autoimune e ter desenvolvido depressão durante a gravidez. Fez pré-natal particular e teve rompimento da bolsa amniótica em casa, com 34 semanas, sendo orientada a procurar atendimento no Hospital Público de referência, devido ao risco de o bebê ir para a UTIN. Seu filho nasceu bem e de parto cesariana, pois, mesmo após induções de parto, não apresentou dilatação. O prematuro ficou sete dias hospitalizado no berçário e não precisou ser transferido à UTIN. Assim como a colaboradora anterior, Ana sempre se mostrou participativa e comunicativa nas atividades, gostando de compartilhar sua experiência materna. O esposo a trouxe em todas as atividades e, enquanto ela participava, ele ia passear com o filho no centro da cidade. As visitas realizadas após cada atividades e entrevista semiestruturada ocorreram em sua residência sempre no período vespertino; e ela sempre esteve acompanhada do filho.

Quando conheci Ana pela primeira vez, senti que sua história tinha algo diferente das outras colaboradoras pois, mesmo sem me conhecer, ela tinha necessidade de conversar e o desejo de contar-me sobre sua vida, suas doenças, sua gestação, seu parto, seu casamento e sobre o desenvolvimento do filho, dentre várias outras fases importantes para ela. Como pesquisadora, posicionei-me de maneira neutra, sempre ouvindo atentamente tudo que me contava, mas não me envolvendo de maneira pessoal em sua história, porque sabia que em determinado momento haveria de distanciar-me e isso poderia ser entendido como abandono de alguém em que ela confiou e a quem confidenciou histórias. Sua residência é em um local distante da cidade; é um lugar muito bonito, calmo, aconchegante e espaçoso; a casa é simples, porém bem organizada e limpa. Nessa visitas, a casa estava toda enfeitada em clima de natal. Revelou-me que seu maior sonho e do marido era o de ter um filho e que, durante quase doze anos, eles planejaram essa gravidez, mas algum tempo depois de se casarem, descobriu que tinha lúpus. Essa doença autoimune mudou muito sua vida, pois, a partir desse momento, ela se viu sem esperança em conseguir ter um filho porque diversos médicos disseram que ela não poderia engravidar e que, caso engravidasse, a doença poderia se agravar. Disse-me ter sofrido

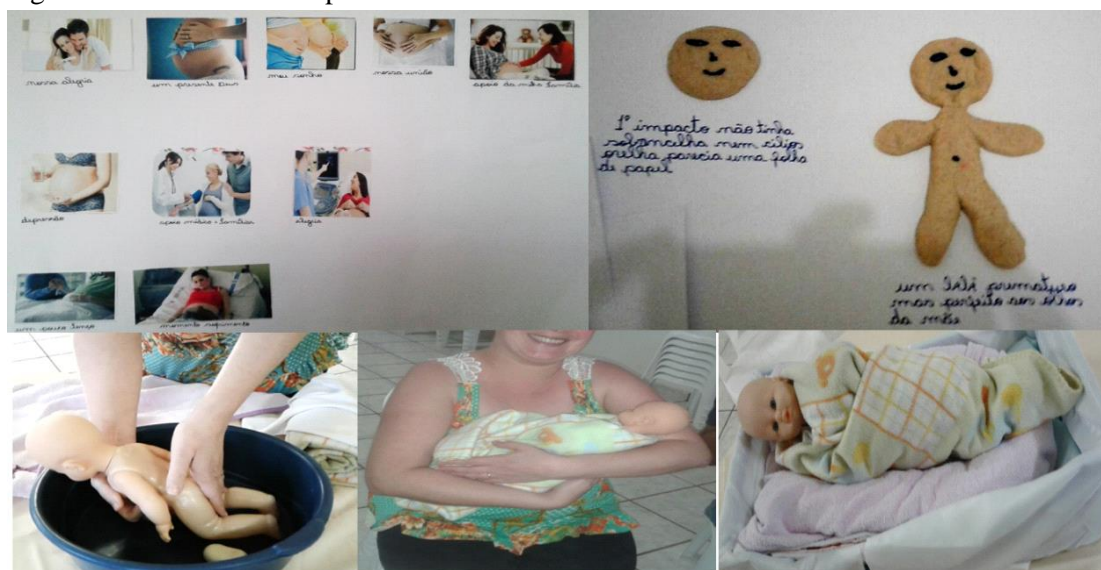
muito nessa época.

A busca por opiniões médicas sobre a possibilidade de engravidar persistiu por anos, mas sempre mantivera a esperança e, com isso em mente, o casal foi guardando dinheiro, conseguindo fazer uma reserva financeira razoável, pensando no pré-natal e no parto; porém só se encheram de esperança quando encontraram sua atual médica. Iniciou o tratamento para engravidar e, após algumas tentativas, conseguiu. Estava feliz, a gestação caminhava tranquila, sem intercorrências, quando, de repente, o medo de perder o filho por causa da doença foi tanto, que ela chegou a desenvolver depressão grave no primeiro trimestre. Entristecida, cabisbaixa, relembrou que não conseguia ficar dentro de casa, que saía correndo e gritando; em um de seus momentos de crise, seu esposo a levou rapidamente até a clínica de sua médica, profissional que fez tudo que podia para ajudá-la, e que a encaminhou para um psiquiatra. Tal psiquiatra constatou então uma forma mais grave de depressão, sendo necessário tratamento psiquiátrico com medicamentos controlados. Contou-me que o tratamento a ajudou muito durante a gravidez e que hoje está muito bem, porém mantém acompanhamento com psiquiatra e faz uso de um antidepressivo mais leve. Toda essa história foi fortemente destacada na oficina de mosaico, na qual, dentre inúmeras imagens, ela apontou a imagem da gestante com os medicamentos, como a mais marcante durante sua gestação. Essa colaboradora destacou que o período depressivo ainda está muito marcado em sua vida. Posteriormente, avaliou a atividade como legal e disse ter gostado muito.

Em outra visita, ela estava me esperando com uma mesa de café da tarde repleta de quitutes, e eu fiquei lisonjeada com tal feito. Nesse dia, estavam em sua casa ela, o bebê e sua mãe, que também foi muito simpática, ficando com o bebê enquanto conversávamos. Conversamos sobre as festas de final de ano, sobre sua viagem com o marido e o filho até Aparecida do Norte, mas percebi ela estava um pouco aflita e logo contou-me que estava preocupada, pois o filho estava resfriado. Orientei-a a levá-lo no Posto de Saúde e observar a presença de febre e ela aceitou prontamente. Quando perguntei sobre a atividade com as massinhas, relatou-me que a princípio não sabia como iniciar a arte, mas que se concentrou, lembrou dos momentos no hospital e que, a agonia de lembrar do filho na incubadora, sem cílios e sobrancelhas, veio rapidamente à mente. Contou-me que, quando o filho nasceu, tudo que ela mais queria era saber se ele era perfeito e que, quando o viu pela primeira vez, ficou completamente radiante, não acreditava que ele era tão belo, mas que o fato de vê-lo sem cílios e sobrancelhas foi um tanto quanto “estranho” para ela. Disse-me que adorou a atividade, apontando como fator mais importante o fato de poder compartilhar sua história, com as outras mães que ali estavam e ver que cada mãe teve uma história diferente, mas muito emocionante.

Em relação à oficina de bonecas, revelou-me ter gostado muito e que, por não fazer muito tempo que seu filho nasceu, conseguiu lembrar dos cuidados e fazer exatamente igual na boneca. Disse-me que o momento do banho foi o seu primeiro obstáculo, além das vezes em que teve que dobrar a fralda tamanho RN, pois ainda eram grandes. Além disso, lembrou do cuidado com o coto umbilical que demorou a cair e detalhou como fazia os cuidados com o filho. Com essa colaboradora, percebi que cada visita era uma oportunidade para ela contar sua história e para ter alguém para conversar.

Figura 2- Produtos criados por Ana durante as oficinas.



Fonte: Da autora.

Nota: Produtos produzidos pela colaboradora e fotografado pela autora.-

6.1.3 Lóide

Lóide, dezoito anos, estatura baixa, magra, possui pele clara e cabelos escuros. Trabalhava como vendedora em uma loja de roupa infantil, mas atualmente é manicure. Reside com o companheiro e o filho, de um ano e dois meses nascido prematuro, em uma casa cedida. Esse é o primeiro e único filho, nascido de parto cirúrgico, com 32 semanas de gestação, devido à amniorrexe prematura. Seu bebê teve internação hospitalar de 24 dias.

A colaboradora vive com filho e o companheiro de 23 anos, em uma casa cedida pelos avós do companheiro. A casa é simples, espaçosa, porém um pouco desorganizada. As vistas domiciliares ocorreram sempre nessa casa, no período vespertino, mas na hora de sua preferência, pois, em todos nossos encontros, o filho estava em casa. Sempre me comunicava por telefone agendando um horário em que a criança estivesse dormindo ou quando teria alguém em sua casa para cuidar dele, para que pudéssemos conversar tranquilamente.

A colaboradora permaneceu tímida no início de nossa conversa, mas, após algum tempo de contato comigo, já se comunicava bem, dividindo um pouco de sua história. Contou-me que a gestação não foi planejada, ela e companheiro namoravam e por descuido acabou engravidando. Relatou-me que teve apoio de toda a família durante a gravidez e, assim que descobriu a gravidez, o casal foi morar junto. A gestação foi tranquila até 32 semanas, contudo, devido à perda excessiva de líquido, foi necessária a intervenção e retirada do bebê antes do período esperado.

Tal colaboradora vem de uma família de pais separados, que formaram novas famílias, sendo que o pai mora em outro Estado. A mãe casou-se novamente e tem outros dois filhos pequenos. Ela e a mãe convivem bem, mas a colaboradora tenta ser o mais independente possível. Percebi também em suas falas que ela não tem uma ligação muito forte com a família do companheiro, apesar de ter ficado na casa da sogra quando o filho nasceu. Percebi que essa relação passou por alguns percalços após o nascimento do bebê. A colaboradora é muito religiosa, por várias vezes citou o nome de Deus, disse-me que fez novenas enquanto estava grávida, além de promessas. Trabalhava há alguns anos em uma loja de roupa infantil e, quando a licença maternidade acabou, colocou o filho na creche, mas ele começou a apresentar muitos resfriados e viroses; então ela resolveu tirá-lo e cuidar em casa. Disse não ter com quem deixar e por tal motivo ela se afastou do serviço e não sabe quando vai voltar. Contou-me que estava trabalhando como manicure em casa.

Durante as oficinas, mostrou-se um pouco acanhada em relação às outras participantes do grupo, não gostava de falar muito, era bem direta nas discussões, relatando-me que tem dificuldades em falar em público. Em todas as oficinas levou o filho, que ficava brincando na sala preparada para receber essas crianças.

Nos encontros posteriores, Loíde não me pareceu tão tímida, como era antes. A melhora da timidez pode estar relacionada à familiarização com grupo cultural e à maior confiança da participante comigo e com a pesquisa. Em outra visita, o pai da colaboradora estava em sua casa iria passar o final de semana com ela. Fomos para seu quarto e pude ver que sobre a cama havia alguns presentes que seu pai trouxera para seu filho. Conversamos um pouco, ela aparentava estar feliz com a visita do pai, contando-me que à noite iria passear, algo de que ela gostava e que fazia frequentemente antes de engravidar, mas que seu companheiro se tornou muito “sistemático” e atualmente quase não saem. Notei que ela estava muito entusiasmada com o passeio. Em seguida, conversamos sobre a atividade e ela me apontou a imagem da gestante em preto e branco, como sendo uma imagem de comunhão entre o casal e o bebê, classificando a imagem como a mais importante de seu mosaico, pois significava sua

mãe. Atualmente, está cursando o último ano do ensino médio. Sua casa era inacabada por fora, mas muito organizada, limpa e espaçosa por dentro, localizada em um bairro tranquilo da cidade. Durante a maioria das visitas, sua família demonstrou amor e união, sendo que, em vários encontros, houve participação de sua mãe. Essa senhora procurou sempre comentar como ajudou a filha tão jovem a enfrentar a hospitalização do neto. Durante nossos encontros, senti-me acolhida e percebi que todos estavam felizes com minha presença. Contou-me que o bebê, após o nascimento, teve várias complicações, como parada cardiorrespiratória, meningite, alteração no teste do pezinho e que os médicos diziam que ele somente sobreviveria por um milagre.

Durante a gravidez, tudo ocorreu idealmente até 32 semanas; posteriormente, teve hipertensão e uma infecção de urina grave, fatos que levaram ao nascimento prematuro. Durante a gravidez, ainda namorava o pai do seu filho; porém, após o nascimento do bebê, eles terminaram o relacionamento. Confidenciou-me que, mesmo não sendo algo planejado, sua família sempre a apoiou na gravidez, no parto e na internação do bebê. Segundo ela, os médicos não acreditavam na recuperação de seu filho e ficaram surpresos pelo fato de hoje ele não apresentar sequelas graves.

Mesmo com todas as dificuldades da gravidez e do parto, ela não desistiu de seus estudos, e ainda traça planos para o futuro, deseja atuar na área da saúde. Inicialmente, pretende fazer um curso técnico em radiologia, disse ter descoberto essa preferência durante a internação do filho.

Percebi em Rute que, mesmo sendo jovem e não tendo planejado sua gravidez, aparenta ser uma mãe muito dedicada e faz questão de estar presente na vida do filho. Por mais que a família a ajude na criação da criança, ficou nítido que ela tenta se dedicar ao máximo aos cuidados à criança, sozinha. Em vários momentos das visitas, ela amamentou o filho, quando pude observar uma ótima interação mãe-filho. Relatou que, mesmo o filho tendo quase dois anos, ela ainda tem bastante leite e que pretende continuar amamentando. Contou-me que, mesmo não estando mais junto do pai do seu filho, eles têm uma boa relação de amizade, ele busca o filho nos finais de semana e ajuda financeiramente. Disse-me ter gostado das atividades, porém não gosta muito de ficar relembando o sofrimento que ela e o filho viveram no hospital.

Estava feliz, pois havia conseguido terminar o ensino médio, dizia estar se sentindo aliviada, porque nos próximos dias a confecção da família iria entrar de férias, e iria poder descansar e curtir o filho, que está ficando o período da tarde na creche. Matriculou-se no curso técnico de radiologia, dizendo que não seria fácil, pois teria que ir para outra cidade toda noite, mas deixaria o filho com seus pais; aproveitei e a incentivei bastante. Mesmo entusiasmada

com os estudos, percebi que ela estava um pouco preocupada, e logo ela me revelou que a professora da creche havia percebido que seu filho estava com dificuldades para enxergar.

Devido à prematuridade, ele já apresenta discreto estrabismo, porém, até então, os pediatras diziam que era normal e que, conforme seu crescimento, iria melhorar. Mas agora levou a criança em um especialista e foi constatado que, em um dos olhos, a diminuição da visão é bem acentuada para a idade. Havia também encomendado os óculos, mas relatou estar receosa quanto à aceitação do filho.

Em relação à oficina com massa, ela disse que, mesmo não gostando muito de fazer coisas manuais, foi divertido e emocionante se retratar na massa de modelar. Disse-me que estava feliz porque seu filho havia se adaptado quanto ao uso de óculos, sem nenhum problema. Além disso, estava muito empolgada com o curso. Nos primeiros dias, ficou com medo de voltar ao hospital, local onde sofreu tanto, mas entendia que o contexto agora era outro, porque passou de usuária do serviço de saúde a estudante. Pretende fazer parte da equipe de saúde e ajudar os necessitados. Preocupa-se com o fato de que os professores do curso explicaram o risco da radiação e sobre não poder amamentar quando chegar à fase dos estágios. Por esse motivo, procurou o serviço de apoio psicológico da escola e está tentando, contra sua vontade, desmamá-lo.

Figura 4- Produtos criados por Rute durante as oficinas.



Fonte: Da autora.

Nota: Produtos produzidos pela colaboradora e fotografado pela autora.-

6.1.5 Rebeca

Rebeca, dezessete anos, é casada, possui baixa estatura, com aparente sobrepeso; com pele e cabelos claros. É doméstica, residindo com seu marido e com a filha de seis meses nascida prematura, em uma casa alugada. Essa é a primeira e única filha, nascida de parto cirúrgico com 34 semanas de gestação devido à pré-eclâmpsia. O bebê teve internação hospitalar por 21 dias.

É mãe mais jovem do Grupo Cultural “Mães de Guerreiros”, tanto em relação à idade, quando foi mãe, pois sua filha tem seis meses. Vive com ela e o companheiro, em uma casa de três cômodos, em um bairro periférico do município. A residência é pequena, mas sempre esteve organizada e limpa. Demonstra timidez, falando pouco e em tom baixo. Rebeca é a participante mais introspectiva da pesquisa, parecendo-me estar, na maioria dos encontros, com um semblante entristecido e cabisbaixa. Em nenhum dos nossos encontros, ela se referiu à família de origem, não falou sobre seu passado, apenas contou-me que não é natural do município e que, aos quatorze anos, conheceu o marido e veio morar com ele, interrompendo seus estudos após a gravidez. Trabalha como doméstica durante a semana e, nos finais de semana, é garçonete e sua bebê fica na creche. O companheiro é eletricitista e tem quase o dobro da sua idade.

Tal mãe, sem dúvida alguma, foi aquela com quem tive mais dificuldade durante as conversas nas visitas domiciliares; porque a mesma se comunica pouco e não conta muitos detalhes de sua vida, fato completamente oposto às outras participantes; nesse contexto, me vi em uma situação um pouco desconfortável. Contudo, quando conversamos pelo telefone para agendar nossos encontros, seu tom de voz era diferente, ela falava normalmente. Mas, com o passar dos dias, nossos encontros foram ficando mais comuns, e senti que ela foi se acostumando comigo; no entanto, ainda era diferente do contato que eu tinha com as demais integrantes do Grupo. À primeira atividade, ela não compareceu. A princípio, pensei que ela desistiria da pesquisa, conversamos no outro dia pelo telefone e ela disse que não pôde ir, pois surgiu um compromisso inesperado e inadiável.

Ao marcarmos a segunda oficina, prontifiquei-me de buscá-la em sua residência, pois ela morava longe do local onde seria realizado o encontro, enxerguei nesse momento uma oportunidade única: de tentar me aproximar um pouco mais dela. Assim, conforme combinado, fui até sua casa 20 minutos antes de a oficina começar, ela já me esperava na rua. Acredito que a estratégia da carona funcionou, pois os assuntos foram emergindo e então conversamos um pouco sobre nossas rotinas diárias de vida; confidenciando-me que deixa a filha na creche às

6h30min da manhã e a busca às 14 horas, horário em que sai da casa onde trabalha e as duas voltam para a casa; esse também é o período em que ela cuida da casa e da filha. Disse-me que o marido trabalha autonomamente e que não tem serviço garantido todos os dias; assim, nos finais de semana, é ele quem cuida da bebê para ela trabalhar como garçonete. Como ela havia faltado à primeira oficina, a apresentei ao grupo. Durante a oficina, ela não se mostrou tão empolgada como as outras; desenhou com caneta na massa pequenas caricaturas com legenda demonstrando uma mistura de sentimentos como medo, alegria e amor.

Após esse encontro, fiquei preocupada e pensativa, tive receio que ela pensasse que eu estava forçando sua participação na pesquisa. Em uma outra visita, perguntei se ela estava satisfeita com a participação em meu trabalho e, novamente, expliquei que se quisesse poderia deixar a pesquisa, que não queria atrapalhar de forma alguma sua rotina e que o mais importante para mim é que ela e sua família estivessem bem e felizes. Para minha surpresa, ela me disse que estava gostando e que sair de casa, conversar, ouvir as histórias das mães que passaram pela mesma adversidade que ela, estava sendo muito bom; tal fala me fez sentir bastante aliviada.

Acredito que nossa conversa anterior refletiu positivamente nas demais visitas e na última atividade, na qual fora abordado o cuidado com a boneca; ela estava segura detalhando cada cuidado. Ainda, diferentemente das outras vezes em que a encontrei, estava sorrindo e conversando e interagindo com as demais mães. No dia da entrevista, aparentava estar mais contente; segundo ela, estava feliz, pois iria se mudar para uma casa maior, em um bairro melhor. Essa entrevista foi a que durou menos tempo, entretanto foi extremamente rica para a pesquisa, principalmente quando me revelou que, mesmo sendo adolescente, sempre desejara ser mãe.

Figura 5- Produtos criados por Rebeca durante as oficinas.



Fonte: Da autora.

Nota: Produtos produzidos pela colaboradora e fotografado pela autora.-

6.1.6 Débora

Débora, vinte e quatro anos, casada, de estatura média, com aspecto de sobrepeso, possui pele e cabelos claros. É costureira. Reside com o marido e a filha de dois anos e onze meses, nascida prematura, em uma casa própria. Essa sua é a primeira e única filha, nascida de parto cirúrgico com 31 semanas de gestação devido à amniorrexe prematura. Sua bebê teve internação hospitalar de 29 dias.

Reside em um apartamento espaçoso e organizado, com o marido e a filha. Desde que a filha nasceu, trabalha como costureira na casa da mãe, onde costuram para as tecelagens da cidade. Nossos encontros ocorreram em sua maioria em seu apartamento. Somente a entrevista final foi realizada na casa de sua mãe. Ela é bastante comunicativa, assim, sempre mantivemos um bom relacionamento no decorrer da pesquisa. Débora é a mãe da criança mais velha do estudo, com quase três anos.

Em nosso primeiro encontro, ela estava em casa com o marido e a filha. Iniciamos conversando sobre as manias e gostos de nossas filhas que têm a mesma idade. Por tal fato, o vínculo com essa mãe se estabeleceu rapidamente. Era sempre fácil iniciar uma conversa com ela, pois temos muitas experiências maternas em comum.

Ficou evidente que, em sua relação com o marido e com a filha, ela assume um papel de liderança e de autoridade dentro de casa. Conversamos bastante e me contou que fez tratamento por seis meses para conseguir engravidar e que sofre com problemas renais. À época, ficou receosa de esses problemas se agravarem durante a gestação, e fazia o pré-natal acatando rigorosamente as orientações da médica. Sua pressão arterial sofreu uma pequena alteração durante a gravidez, mas, com ajuda de medicamentos, conseguiu controlar. Descreveu-me a fase de hospitalização e de alta da filha. Contou-me que desenvolveu depressão pós-parto leve e que fez uso de medicação para conseguir se recuperar e acompanhar toda a fase de internação hospitalar da filha. Por sua vez, algo se destaca em Débora: é que ela é detalhista ao descrever suas histórias; e, por meio de seus relatos, foi possível compreender que ela sempre teve apoio da mãe, sendo nítida a relação de carinho e de amizade entre elas.

Durante as oficinas com o grupo cultural, era bastante comunicativa, caprichosa e minuciosa nas descrições e relatos. Em alguns encontros levou a filha que permaneceu na sala de brinquedos com as outras crianças.

Em nosso encontro após a atividade da oficina do mosaico, conversando mais sobre a fase de hospitalização da filha, disse-me ter ficado surpresa em saber que o nascimento prematuro é comum, não esperava se deparar com tantos casos no hospital e que também não

imaginava que em um município, relativamente pequeno como o nosso, iria encontrar mais casos de mães que vivenciaram experiências similares à dela. Destacando a fase de hospitalização da filha, confidenciou que tinha muito medo e que chorou muito, pois viu bebês prematuros não sobreviverem. Provavelmente isso a tenha levado a desenvolver a depressão pós-parto.

Essa colaboradora apontou a imagem do nascimento como a mais importante. Relatou ter gostado da atividade e de conhecer as demais mães do grupo, dizendo no final do encontro que era “bom dividir as experiências”. Em outro encontro, conversamos sobre a atividade com a massa de modelar, avaliando tal atividade como divertida.

Nosso encontro para a realização da entrevista, diferentemente dos outros, aconteceu na casa de sua mãe, pois ela preferiu que fosse logo após o almoço, e como ela trabalha como costureira na casa mãe, era melhor para ela que eu fosse até lá. Ao chegar, vi que seu marido e sua filha também estavam na casa, mas logo ela solicitou que saíssem para comprar alguma coisa. Sua mãe estava no quarto de costura trabalhando e nós ficamos a sós na sala. Ela estava muito feliz, pois preparava-se para viajar com o marido e filha, na próxima madrugada. Como sempre, conversamos bastante e, após, iniciamos a entrevista. Nesse dia, avaliou a oficina com bonecas como criativa.

Figura 6 - Produtos criados por Débora durante as oficinas.



Fonte: Da autora.

Nota: Produtos produzidos pela colaboradora e fotografado pela autora.-

6.1.7 Isabel

Isabel, Trinta e sete anos, casada, de baixa estatura, magra, possui pele clara e cabelos escuros. É Agente Comunitário de Saúde e trabalha em uma Estratégia de Saúde da Família da cidade vizinha. Reside na zona rural com o marido, uma filha de quinze anos e o filho de um ano e oito meses, nascido prematuro de parto cirúrgico com 28 semanas de gestação devido à pré-eclâmpsia. Seu bebê teve internação hospitalar de 61 dias.

É a mãe mais experiente do Grupo Cultural e, diferentemente das outras mães, tem dois filhos. É casada há vinte anos e trabalha como Agente Comunitária de Saúde em um bairro da zona rural, no qual reside com os filhos e o marido. Sua casa é ampla, bem organizada, rodeada por árvores e flores. Me recebeu gentilmente em sua casa; enquanto conversávamos na cozinha, seu filho brincava pela casa. Iniciamos nossa conversa falando sobre a rotina da enfermagem e dos agentes comunitários; confidenciou-me sobre sua atuação na zona rural, sua dificuldade ao visitar os moradores, devido à distância entre as casas. Ressaltou que, sempre que possível, faz suas visitas de motocicleta. Isabel é uma das mães que gosta de conversar, sendo esse o encontro em que permaneci mais tempo na casa de uma colaboradora. Falar sobre nossas experiências profissionais na área da saúde nos permitiu uma facilidade de aproximação muito grande, facilitando o vínculo pesquisador-pesquisada. Depois, contou-me que, mesmo trabalhando fora, ajuda o marido, que é cafeicultor. Sua filha mais velha tem quinze anos e, segundo ela, a adolescente é estudiosa, responsável e a ajuda muito com os serviços da casa e com os cuidados do filho caçula; afirmou ser feliz por ter uma bela família.

Contou-me que ela e o marido sempre desejaram ter mais um filho, mas foram deixando o tempo passar, até que ela se viu com 37 anos. Com medo de esperar mais e não conseguir engravidar, resolveu que aquele seria o momento mais ideal e, sem nenhum tratamento, conseguiu engravidar naquele mesmo mês; sua família havia ficado extremamente feliz. Continuou exercendo suas atividades por toda gravidez; estava bem, até que sua pressão começou a aumentar, como na gravidez anterior. Ela fazia pré-natal, e tomava os remédios prescritos pela médica; assim, continuou a gestação normalmente até os sete meses, quando a pressão aumentou muito e foi necessária a intervenção cirúrgica. Relatou-me que não teve medo quanto à internação do filho, pois tinha fé e sabia que ele iria sair do hospital forte e sem sequelas. Dizia que a única coisa que a atormentava era o fato de não poder passar a noite com filho na UTI. Percebi em Isabel uma mulher forte, de muita fé e que só apresentava pensamentos positivos.

A cada encontro, Isabel me surpreendia com sua criatividade. Na oficina do mosaico, mesmo com sua simplicidade na hora de escrever, descreveu com pequenos textos cada acontecimento de sua gravidez. Na oficina com massa de modelar, em vez de confeccionar algo relacionado a sua autoimagem, ela desenhou na massa e escreveu uma poesia no cartaz, emocionando todo o grupo. Na última atividade, enquanto todas as mães procuravam uma boneca de tamanho médio, para ser mais fácil de manipular e vestir, ela escolheu uma das menores, realizando todo o processo de cuidado da boneca, com calma e paciência. Nas visitas domiciliares, Isabel sempre elogiava as oficinas, referia-se a elas como sensacionais. Um dia disse-me que cada uma teve o poder de permiti a ela relembrar, com detalhes, momentos importantes de sua vida, tais como a gestação, o parto, a hospitalização do filho e os cuidados prestados a ele. Nesse sentido, senti-me muito satisfeita, pois mesmo sem ter falado nada, ela havia compreendido perfeitamente o sentido de cada oficina. Por fim, em nenhum dos nossos encontros, a Isabel aparentava estar triste ou aborrecida, estava sempre sorrindo, minhas visitas até sua casa eram sempre demoradas, por isso sempre agendávamos no final da tarde, quando sua filha estava em casa e podia cuidar do irmão.

Figura 7- Produtos criados por Isabel durante as oficinas.



Fonte: Da autora.

Nota: Produtos produzidos pela colaboradora e fotografado pela autora.-

7 NARRATIVAS

Neste capítulo, é apresentada a visão do grupo cultural por meio das sete narrativas de sete mães de crianças prematuras. Três delas eram adolescentes quando se tornaram mães. Apenas uma das mães tem dois filhos. A fase de coleta de dados por intermédio de entrevistas, aqui apresentadas na forma de narrativas, iniciou-se em novembro de 2016, e teve término em abril de 2017, num total de seis meses. Nessa época, também foram realizadas as oficinas.

Como o acompanhamento de cada colaboradora foi extenso, foram realizados vários encontros domiciliares. As notas do caderno de campo foram feitas ao longo de todos os encontros, o que ajudou na construção do tom vital de cada narrativa. O tom vital encontra-se em negrito no início de cada narrativa. Os períodos de pós-entrevista se estenderam durante a transcrição e a transcrição do conteúdo obtido, pois, sempre que necessário, as colaboradoras foram contatadas, garantindo, assim, a continuidade do processo. Na transcrição, foram retiradas as expressões viciosas da linguagem local. As colaboradoras tiveram a oportunidade de retirar, acrescentar e opinar na edição e na textualização de seus relatos. Isso ajudou na confirmação ou na tonalidade efetiva das narrativas.

As sete narrativas são apresentadas a seguir.

Joquebede

“(...) Você não está esperando passar por isso, te pega de surpresa! (...) parece que as sequelas ficaram mais presentes em mim do que nele!”. [Tom vital]

“Eu tinha planos de engravidar, gerar até os nove meses, ter o parto e trazer meu filho embora junto comigo, mas só que daí como veio esse parto prematuro, essa surpresa! De sete meses! Eu tinha feito um plano, ia fazer o chá de bebê dele no dia dezoito de abril e ele nasceu no dia seis de abril, então não estava planejado o parto antecipado! Eu estava bem, aí começou uma dorzinha de estômago, enjoo e fui ao pronto socorro, minha pressão tinha subido muito e tive pré-eclâmpsia. Fui direto para Pouso Alegre. Eu estava tranquila, eu só estava com medo no hospital quando estava no processo pra fazer a cesárea; só estava nervosa porque tinha as mulheres gritando de dor do parto normal. Eu chorava com dó delas, mas eu estava tranquila, não estava muito preocupada. Na hora em que ele nasceu, que eu escutei o chorinho, o médico veio e me mostrou e parece que acalmou meu coração! Sabe quando parece que vão embora todas as preocupações? Você escutou que teu filho está vivo, que está bem, aliviou, e eu desmaiei! Eu dormi um dia e uma noite, sem acordar! Porque eu cheguei no sábado, fui ganhar ele na segunda, fiquei lá sem dormir nada, e depois que ele nasceu, que eu escutei o choro pensei: está vivo, está bem! E o pai dele já ficou com ele e foi atrás dele na UTI, e eu dormi! Eu me lembro só de acordar e tomar o banho. Era por volta das sete horas da noite e eu estava com muita fome! Eles queriam me levar para tomar banho na naquela cadeira feia de banho e eu

falei que não! Eu vou andando! Mas o médico falou: calma! Você está anestesiada ainda! Eu concordei, sentei na cadeira, mas sabe aquele negócio chato? Estava pingando sangue pelo chão até o banheiro! Quando chegou lá, eu falei para o meu marido: eu vou levantar dessa cadeira! Levantei, tomei banho, não senti mal! Mas, lógico, fui devagar! Na hora de voltar para o quarto, eu já voltei andando e o médico olhou e disse: essa aí não vai fazer corpo mole não! [Risos], não senti dor, não senti nada! Eu só pedi para as enfermeiras passar uma faixa bem apertada na minha barriga, pra não doer. Eu me deitei e dormi. Só lembro do meu marido falando pra enfermeira, “nós vamos pra onde se não tem vaga na maternidade?” Então ela falou que iríamos ficar em um quarto particular porque não seria cobrado nenhum valor. Fiquei cinco dias e o meu marido do meu lado, me ajudando no banho, me enfaixando, me ajudando a levantar. Ele ficou comigo, porque minha mãe cuidava do meu avô. Eu vim embora cinco dias depois do parto, ele ficou lá no hospital, dois meses e quinze dias, por isso que não foi o sonho! Na verdade, o sonho de toda mãe é ganhar o seu filho e vir embora com ele nos braços, mas ele não, ele ficou no hospital! Quando eu estava internada, ia ver o bebê todos os dias. Somente no dia em que eu vim embora para casa é que não fui vê-lo. Mas o pai foi e no dia seguinte, sete horas da manhã eu já estava lá! E assim foi por dois meses na UTI e quinze dias na pediatria. No período em que ele ficou na UTI, recebendo os cuidados que precisava, as enfermeiras foram me ensinando a cuidar. Quando ele começou a tomar banho, tinha dias em que me deixavam fazer isso. Eu saía daqui às seis e meia da manhã para chegar lá às sete e tirar o leite no Banco de Leite pra ele. Davam meu leite pra ele. Os dois meses e quinze dias que ele ficou na UTI ele mamava o meu leite. Depois quando ele foi transferido para a pediatria eu fazia os cuidados, mas o umbigo já tinha caído. Demorou trinta dias para cair por ele ter ficado na incubadora, demorou mais para secar. Na pediatria, eu dava meu leite pela sonda, porque ele ainda só se alimentava pela sonda, e estava aprendendo a sugar. Eu colocava meu leite na chuquinha ou no copinho, eu dava o banho, limpava, trocava, tudo bonitinho! Uma das piores coisas foi quando ele foi transferido para a pediatria e eu fiquei em um quarto com uma mulher muito chorona, porque a menininha dela tinha nascido fazia dez dias e estava com uma infecção de urina muito forte. E a mulher só chorava, e aquela negatividade! E eu fui ficando desesperada de ficar em hospital. No primeiro dia na pediatria, eu já fiquei desorientada. Liguei pra minha mãe e pedi que ela ficasse no meu lugar, porque eu não ia ficar. Vou largar o neném aqui! Não vou ficar, não quero! Sabe, deu um negócio em mim que eu não queria mais ficar lá. E minha mãe me dizia que eu tinha que ficar. Eu chorava muito e dizia que não ficaria! [Risos] me deu desespero de estar no mesmo quarto que aquela mulher chorando, sem saber o que fazer; me senti perdida! Então, minha mãe conversou com as enfermeiras e elas me colocaram em um quarto sozinha. Então eu fiquei! [Risos] eu estava quase louca, porque você não dorme na cadeira sentada e a mulher cochilava e acordava chorando! Nossa, aquilo foi passando para mim e eu estava tão animada por ele ter melhorado, por estar ali, por ser só um período curto que a gente ia ficar, e que em pouco tempo nós iríamos embora para casa. Me estranhei! [Risos] e até hoje eu não me reconheço na atitude que eu tive! Fiquei desesperada com aquela mulher e eu queria largar o menino lá no hospital! No dia que a médica deu alta para ele, eu falei para ela: mas tem certeza? [Risos] eu não queria! Estava com medo de não saber cuidar do bebê, porque a gente sente que no hospital é mais seguro! Tem o oxigênio ali na parede, tem um enfermeiro. Porque para o seu filho você não sabe nada, não sabe fazer nada e eu me senti perdida! Não sabia se eu chorava de alegria ou tristeza. Eu queria vir embora, era o que eu mais queria, trazer ele! Mas

a médica falou que iria dar alta somente no dia seguinte. Chegou o dia, ele estava bem e a pediatra disse que devíamos ir embora nesse dia mesmo, porque estava na hora desse menino conhecer a casa dele. Liguei pra minha mãe e avisei da alta, mas ela disse que ainda não tinha chegado o bercinho. Mas, lembro que ele dormiu no carrinho. Quando viemos embora, quem saiu com bebê no colo foi minha mãe e eu carregando as malas! [Risos] Daí, quando ele teve a alta, Nossa Senhora! Daí foi a chegada, né! [Risos]foi a segunda chegada, agora com ele no braço! Eu fiquei feliz, mas, ao mesmo tempo, muito preocupada por causa dos cuidados. Estava tudo arrumado, só não tinha o oxigênio, é que ele usava o oxigênio no hospital. Mas, os médicos acharam que ele já tinha desmamado. Quando chegou aqui em casa começou a ficar muito cansadinho, com muita dificuldade de respirar devido à broncodisplasia, e ele também tinha laringomalácia por causa de ter sido intubado, eu acho! A médica explicou pra mim que a pele fica frouxa, por isso ele respirava e fazia aquele barulhão na laringe! Parecia que às vezes grudava, tinha hora que ele respirava em falso, eu via os movimentos do diafragma [tristeza]. Então a chegada em casa foi ao mesmo tempo feliz, mas com muitas preocupações. Nesse dia tive que ir à prefeitura e consegui com a assistente social o cilindro de oxigênio. A alta foi em junho e ele ainda ficou até setembro no oxigênio em casa, três meses no oxigênio! Por quê? Porque eu tinha medo de dormir e achar o menino morto [risos], ele tinha uma tiragem no diafragma que eu ficava boba de ver! Nunca tinha visto criança desse jeito! Quando ele veio, minha mãe que tomou a frente nos cuidados, porque ele ainda era muito pequenininho e eu tinha medo de dar banho. Já no hospital, eu não tinha medo, porque eu tinha que fazer, mas em casa minha mãe quis assumir o banho e eu deixei. Ela dá o banho nele até hoje! Mas, eu sempre troquei as fraldas, dava mamadeira com ele sentado por causa do refluxo. Eu ficava acordada até ele arrotar e nem sempre ele arrotava. Na segunda semana que ele estava em casa ele engasgou, perdeu o sentido, amoleceu, ficou branco, nossa, eu falei: o menino morreu! Saí correndo para o ponto socorro daqui, mas a médica não sabia atender direito, era uma médica novinha, minha mãe arrancou o menino do braço dela e falou que queria uma ambulância urgente! Fomos para Pouso Alegre. Na época não tinha carro, a ambulância levou ele com oxigênio, e chegando lá os médicos fizeram todos os exames nele. Ele não tinha aspirado nenhum alimento. Mas, por ele ter chorado muito, se cansou e estava com tiragem para respirar. Permaneceu internado quatro dias no hospital, foi nessa época quando nós descobrimos que ele tinha laringomalácia. Mas hoje o menino não tem nada graças a Deus! Não tem mais tiragem, broncodisplasia, não tem laringomalacia, é uma criança esperta! Depois que veio embora para casa voltou somente com um ano de idade pra fazer cirurgia de hérnia bilateral. Eu tinha muito cuidado, ficava só ao lado dele porque ele tomava muitos remédios como: espirolactona, hidroclorotiazida e os do refluxo: domperidona, ranitidina. Além desses, as vitaminas noripurum e ad-til. Portanto, eram vários remédios que ele tomava. Tinha bombinha de clenil para o pulmão, e de hora em hora tinha medicamento! Eu não dava todos de uma vez por causa do estômago. Eu dava o do estômago primeiro para proteção, e ia dando de hora em hora os outros. Os cuidados eram esses e ainda tinha alimentação, banho, troca, nunca ficou assado graças a Deus! Toda troca de fraldas eu sempre passava e passo pomada, até amido de milho eu passo nele para não assar, e não dar alergia também, mas, ele tinha muitas cólicas. Eu fazia muita massagem nele para cólica. E por causa do refluxo ele vomitava muito, mas eu limpava tudo! Dava mamadeira e muitas noites fiquei sem dormir [risos] era automático! Ele mexia no berço e não sei se era porque eu estava muito tensa, só com essa mexidinha eu já estava com os

olhos estalados! Hoje ele mama deitado, mas eu sempre esperava ele arrotar. Eu ficava batendo nas costas dele, e, às vezes ele vomitava tudo em mim [risos]. O que mais mudou aqui em casa foi a parte de dormir [risos] porque antes a gente dormia bem mais, e ele até hoje não dorme bem! Essa madrugada ele mamou quatro mamadeiras! Foi assim: até um ano eu acordava a noite toda, e de um ano até agora é o pai [gargalhada]. Faz muito xixi, a fralda pesa um quilo [risos]. O mais marcante para mim após o parto foi o uso do oxigênio, mesmo ele parando de usar, eu não conseguia tirar o cilindro de oxigênio! Ficou até o ano passado quando ele completou um ano e pouco. O menino não tinha mais nada, mas eu sou insegura e tinha medo disso! Foi a única coisa! E ele ia para minha mãe, para eu poder trabalhar e o oxigênio não ia junto, acho que foi um monstro que eu criei na minha cabeça! [Risos] mas, eu tenho medo até hoje! Acordo de madrugada, olho se ele está respirando normal toda hora! Hoje ele está com um ano e dez meses, mas é pequenininho ainda! [Risos]. Eu acho que é assim: você não está esperando passar por isso, te pega de surpresa! Porque para mim eu não tinha nada, estava tudo bem e o porque disso? Eu questionei muito! O porquê de acontecer isso comigo, por que tinha que ser comigo? Por que? Eu não sei! [Tom de voz alterado, forte, expressão facial de dúvida]. Minha mãe sempre me disse que Deus dá o fardo para quem Ele sabe que vai conseguir carregar. Mas, na hora em que você está passando por aquilo, parece que é uma eternidade! Parece que é um pesadelo e que você não vai acordar! Depois que passa, você olha para trás e pensa: nossa! Eu passei por tudo isso! Eu não acredito que eu passei por tudo isso! [Emocionada] Graças a Deus eu passei! As pessoas me perguntam: você quer ter outro filho? Eu falo: Não! [Risos]. Porque os médicos me disseram que as chances de acontecer de novo são maiores! Então, por mais que eu seja técnica de enfermagem, eu não sei! Eu nunca soube dos riscos de uma pré-eclâmpsia! Tinha ouvido falar, mas nunca imaginaria que iria acontecer comigo! Mas graças a Deus ele está aí, firme e forte! Mocinho já! Olho para trás e vejo tudo que passou. O medo de arrumar outro, não é pelo meu sofrimento, é pelo o sofrimento que a essa criança poderá ter! Porque eu vi tudo que meu filho passou! Às vezes não vai ser nada igual, às vezes pode me surpreender, mas só que o menino tem cicatriz no corpo dos acessos, dos PICCs (cateter central de inserção periférico) parece que as sequelas ficaram mais presentes em mim no que nele! Porque eu não quero outro filho! Tenho medo de arrumar outro e passar pela mesma coisa! É tão triste você acordar para ir para o hospital, sem saber como seu filho está, como passou a noite, se passou bem, se não passou! E é isso: eu me lembro de todos os procedimentos que foram feitos nele lá no hospital. Eu me lembro do dia em que ele nasceu até o último dia no qual ele veio embora. Eu sei tudo! Em casa parece que você não recorda tanto, mas, o que marcou mais foi o hospital”.

Ana

“Eu tinha medo de perder meu filho(...)O primeiro impacto foi meio assustador, porque eu olhava ele daquele tamanhinho, não imaginava que eu iria dar conta de cuidar, parecia que eu não ia conseguir!(...) Cuidar dele não foi difícil!”. [Tom vital]

“Há alguns anos, descobri que tenho lúpus, fiz tratamentos e melhorei. Meu maior sonho era ser mãe, mas alguns médicos falavam que eu não podia, que era tinha risco de aborto, que a criança poderia nascer com problemas, que o lúpus poderia piorar durante a gravidez. Mas como os anos foram passando, parecia que meu sonho estava mais distante. Depois de vários

médicos, encontrei minha médica atual, ela me mostrou as possibilidades e iniciei o tratamento para engravidar; logo engravidei, eu estava bem, feliz, mas aí tive depressão durante a gravidez! Como me falaram que quem tem lúpus não pode ter filho, que depois de um tempo a doença voltava mais forte, aquilo foi ficando na minha cabeça! Eu nunca tive depressão antes, nunca tive nada, eu já passei por bons bocados e nunca tive depressão e na hora que eu engravidei, que eu consegui realizar meu sonho, tive depressão! [silêncio]. Minha médica me deu remédio que podia para grávida, mas na época não resolveu nada, então me encaminhou para um psiquiatra. Esse psiquiatra conversou com a gente, passou outros medicamentos e explicou que nunca nasceu criança com problema, por conta de a mãe estar tomando os remédios que ele havia me passado. Mas a decisão de tomar os remédios e fazer o tratamento certo era minha; e era lógico que eu queria tomar! Pela situação em que eu estava, sentia meu coração apertado, “tampando” tudo, uma agonia [colocou a mão no peito]! Eu saía correndo pelo quintal, gritando, chorando, eu chorava dia e noite, sem parar. Eu tinha medo de perder meu filho por conta de ter lúpus, tinha medo de perder ele! Estava com quatro meses, quando começou a depressão. Tinha dia que eu tomava aprazolam, risperidona, clonazepan e eu dormia o dia inteiro, acho que é por isso que ele é calminho assim [Risos]; depois que ele nasceu que eu vi ele, melhorei bastante, mais ainda tomo Clonazepan para ansiedade. Quando eu estava com sete meses, fiz o chá de bebê em um domingo à noite, e na segunda à noite estourou a bolsa. Eu estava deitada aqui no sofá e falei pro meu marido: “ah, bem eu queria tanto ver a carinha dele!” À noite estourou a bolsa [Risos], e meu marido falou: você não queria ver a carinha dele?! [Risos]. Eu acho que minha médica já tinha notado alguma coisa, porque um dia eu fui na consulta e a pressão tinha subido um pouquinho; aí ela já me passou umas injeções para amadurecer o pulmão do bebê, e quando ele nasceu já fazia mais de uma semana que havia tomado, então ele nasceu prematuro, ficou internado no berçário, mas não precisou ir para a UTI. Foi assim, com 34 semanas estourou a bolsa e eu estava aqui em casa, liguei pra minha médica, porque eu ia fazer o parto particular, só que ela falou: “vai para o Hospital Regional!” e eu fui na esperança de consultar e voltar embora pra casa. Minha médica me mandou para regional porque sabia que o bebê poderia precisar de UTI, mas quem tem dinheiro para pagar UTI? Nós planejamos tudo, sou casada há 12 anos e a gente queria ter o bebê em um hospital particular, com minha médica, então fomos guardando um dinheirinho para conseguir. No final, não foi pago, mas foi bom! Os médicos do hospital do SUS atenderam a gente muito bem, só demoraram umas 24 horas pra fazer minha cesárea, mas acho que é procedimento que eles fazem com todo mundo, eles queriam que eu tentasse o parto normal, mas não tive dor, nem dilatação, então fui para a sala de cesárea. Meu marido sempre ficou junto comigo. Ele vestiu a roupa, mas na hora em que ele entrou no centro cirúrgico e viu os médicos me cortando ficou desesperado! Não consegui ficar comigo e saiu [Risos]. Quando meu filho nasceu, eu estava sozinha na sala de parto, não sei por quê! mas não tive aquele contato igual todo mundo tem na hora que ele nasceu, só fui ver no outro dia, às 10 horas! Acredita que eu não imaginava como ele ia nascer? Eu não pensei em nada! Na hora em que eu vi ele, nossa! Eu não acreditei que era perfeitinho! Na hora da oficina, a primeira coisa que veio na minha mente, foi ver ele na incubadora, eu voltei a lembrar de tudo, de novo! O momento em que eu vi que ele era perfeito, quando eu vi ele foi muita alegria! Eu comecei a chorar! Foi o melhor presente que Deus me deu! Mas teve muitas coisas que eu não tive! Não tive o marido junto na hora do parto! Não tive meu filho junto comigo depois do parto! Porque fiquei na maternidade e meu filho foi para

berçário. O berçário é do lado da maternidade, mas não era junto! Mas graças a Deus ele não precisou de UTI! Porque nasceu grandão, com 2450kg, mas no berçário ficou por sete dias, e durante o dia eu não saí de perto dele! Só à noite, porque o hospital não permitia acompanhante à noite! Lembro que na primeira noite saí do hospital e vim embora para casa, cheguei aqui já tinha visita e me perguntaram do neném, eu comecei a chorar! Tinha um monte de remédio pra tomar, eu não sabia o que fazer, e chorava, chorava! Olhava no berço e nada dele, fiquei à noite inteira acordada, pensando nele no hospital; não via a hora de chegar no hospital, e quando amanheceu que a gente chegou lá, olhei no berçário e não vi ele, fiquei desesperada! Saí e liguei pro meu marido e falei: “ele não está aqui!” Nossa! Deixei meu marido agonizado! Voltei para dentro do berçário de novo e percebi que os enfermeiros estavam dando banho nele. Na segunda noite, eu saí do hospital chorando! Mas, não vim para casa, dormi em Pouso Alegre, numa casa que meu marido arrumou, de uma senhora que aluga quarto lá. Meu marido ia todo dia de tarde e dormia lá comigo. Os taxistas do hospital que indicaram essa mulher para a gente. Eu não queria vir embora, minha vontade era ficar lá com ele, e ficava até umas nove da noite, nem lembrava da dor da cesárea! Subia e descia aquelas escadarias do hospital! Teve dia em que eu vim pra casa e vinha pela estrada de terra. Tinha dias vinha de ônibus, mas nunca deixei ele sozinho durante o dia! Todo tempo que o hospital deixava eu ficava lá! Nas primeiras noites, eu chorava muito porque não estava com ele, me perguntava por que eu vim embora de alta e ele não? Isso me marcou muito! Quando ele ficou no berçário, tinha bastante bebê, eu gostei do atendimento dos enfermeiros, aprendi a cuidar dele olhando como eles faziam lá! Eles deixavam eu trocar, mas banho não! Eles que davam! Eu acho que eles poderiam ensinar as mães. Na troca de fraldas mesmo, eles falavam “troca mãezinha”, mas nunca me perguntaram se eu já tinha trocado um neném, deu a fralda na mão e se vira [Risos]! O leite também eu dava, tinha dias que era na seringa, outros na sondinha. A enfermeira colocava o leite para passar e eu ficava segurando. Depois o leite foi no copinho, e depois eu pedi para dar a mamadeira. Meu filho não pegava no peito, por causa da sonda que ele estava na boca. A fonoaudióloga o avaliou, e foi ela quem mais me segurou lá no hospital. Acho que foi uns três dias a mais, só porque ele não sugava o leite no peito. Nossa! Nesse dia fiquei brava! Não aguentei! Falei! Eu estava com medo de ele pegar infecção, queria vir embora logo, porque o dia que eu entrei tinha seis bebezinhos no quarto dos bebês prematuros e no dia que eu saí tinha só um! Todos os outros já tinham pego infecção e tinham sido transferidos para o outro quarto, onde ficavam os bebês que estão doentes! Fiquei brava, porque a fonoaudióloga estava me segurando e eu morrendo de medo de ele pegar infecção e ir para o outro lado! [Referiu-se ao quarto do berçário patológico]. Eu tinha leite, mas nunca fui ao Banco de Leite. Eu tinha pouco leite e não empedrou, e por causa de tomar muito remédio eu nem insisti! Preferi dar o leite de lata! Eu já tinha isso em mente, como eu tomava os remédios fortes de depressão, não queria amamentar, tinha medo de passar para ele, mesmo os médicos falando que não tinha problema. O dia que cheguei em casa com ele o choro foi de alegria! Minha mãe, meu pai, todos choraram muito de alegria! Foi uma alegria, porque eu queria sair daquele hospital o mais rápido possível, por conta da infecção, eu tinha muito medo! Depois meu pai e minha mãe foram embora e meu marido falou: “agora somos nós dois”! Meus pais ajudaram muito, mas de madrugada ninguém ficava, era só eu, meu marido, o bebê, e Deus cuidando! Mas, era mais eu que cuidava, meu marido tinha que dormir para trabalhar no outro dia. O primeiro impacto foi meio assustador, porque eu olhava ele daquele tamanhinho, não imaginava que eu iria dar conta de cuidar, parecia que eu

não ia conseguir! E quando cheguei em casa, foram difíceis para mim as visitas, porque os médicos falaram que não poderia receber visitas, não poderia ter contato com outras pessoas. Mas, chegava gente aqui eu tinha que convidar a entrar, pegavam ele, o que eu ia fazer!? Não tinha jeito de falar que não era para pegar, não era para vir! Eu até já tinha costume de cuidar de criança, porque eu cuidei do meu sobrinho que está com cinco anos. Fui com minha irmã para o hospital, e cuidei do meu sobrinho nos primeiros dias, dava mamadeira, trocava fralda, então eu sabia fazer quase tudo! No meu sobrinho, eu só não dava banho, nunca tinha dado banho! E quando cheguei em casa com meu filho, falei para minha cunhada dar o banho, mas quando ela viu o quanto ele era pequeno não quis! Eu tive que dar! [Risos]! Dei banho igual eu via as enfermeiras dar no hospital. Eu cuidava dele a noite inteira, fazia como um ninho com flanela e travesseiro igual do hospital! Colocava ele na minha cama e a gente passava a noite! Foi assim, de 2 em 2 horas, colocava o relógio pra despertar, para dar mamadeira, trocava. Teve momentos em que eu dormia com ele no colo [Risos]. Lembro que quando ele chegou em casa o umbigo ainda não tinha caído, eu curava com álcool e colocava a fralda dobrada, mas mesmo assim molhava. A fralda RN ainda era muito grande para ele, e começou a ficar úmido dando a impressão que tinha mau cheiro. Comecei a notar que não estava certo! Levei no Posto de Saúde e a enfermeira me orientou a deixar livre e enrolar na gaze, mas não adiantou muito, até que no dia que caiu parecia que não estava seco ainda pra cair! Depois foram passando os dias e parece que tudo foi ficando mais fácil! Só que ele estava com 40 dias, meu marido limpou café aqui no quintal e nisso meu filho foi ficando sem querer mamar, com muita tosse, foi ficando muito mole, branco, eu mexia com ele, ele voltava, levei ele no hospital, e descobrimos que ele estava com bronquiolite e teve que ficar internado. Ficou dois dias só, depois teve alta e tomou remédio em casa, isso foi devido à poeira do café! Mas depois disso, foi só melhorando, está com oito meses e não ficou mais doente, nem parece ser prematuro! Cuidar dele não foi difícil! Porque eu tive ajuda do meu marido, da minha mãe, minha cunhada, elas vinham fazer o serviço da casa, como eu tomava remédio de depressão eu tinha muito sono, queria só dormir, mas eu ficava com ele deitada na cama quase o dia inteiro [Risos] meu filho é muito calmo, muito quietinho!”.

Lóide

“Eu não queria ter passado por isso(...) Quando cheguei na UTI, levei um baque! (...) eu tinha medo de tudo! (...) é horrível, é muito triste, não tem explicação, só a gente que passou que sabe o que é!(...) mas, graças a Deus eu suportei tudo isso e agora está tudo bem!”. [Tom vital]

“Minha gravidez não foi planejada, mas quando descobri fiquei muito feliz! A gente namorava e quando descobrimos que eu estava grávida fomos morar junto, sempre fui muito religiosa e resolvi começar uma novena, só eu e meu companheiro. Era uma sexta-feira por mês, eu fazia meu namorado ajoelhar no pé da cama comigo e a gente rezava junto, era para ser os nove meses, só que, acabou que foi até os sete meses só [Risos]! Ele resolveu nascer! Quando eu descobri que estava grávida eu sonhava e rezava para ter uma criança saudável, no período certo, com as semanas certas, que ele não tivesse tido esses problemas de nascer antes da hora, mas Deus quis assim, tudo bem! Mas eu não queria ter passado por isso, não! Minha família e eu ficamos muito nervosos quando soubemos que seria um parto prematuro. Eu fui para fazer um exame e já fiquei para ganhar! Eu tinha perdido muito líquido, mas

na verdade eu perdi e nem percebi. Eu estava com 32 semanas, no sábado fiz o chá de bebê, e não sei se movimentei demais, no domingo acordei, estava tudo bem, não estava sentindo nada, fui na casa da minha avó tomar café e quando levantei do sofá, senti uma fisgada por baixo, uma dor estranha, meu marido falou que minha boca ficou roxa. Liguei para minha médica, ela me examinou e disse eu estava perdendo líquido e me deixou de observação no pronto socorro, passando medicamento. Mas, quando eu ia ao banheiro, fui perdendo líquido junto com a urina, quando eu cheguei no consultório, na segunda-feira, estava com menos de 5% de líquido! A médica conversou comigo, me explicou que tínhamos que ir para a maternidade imediatamente! Minha médica me internou e já fez a cesariana. Eu fiquei muito nervosa na hora do parto! Eu queria que alguém fosse comigo, na verdade queria que meu marido fosse, mas ele não quis ir. Minha mãe foi, ganhei ele, estava tudo bem comigo, só que quando ele foi para UTI minha mãe sumiu de mim! Eu fiquei mais nervosa! Porque eu não sabia o que estava acontecendo com ele! Mas, a pediatra tinha avisado que ele ia nascer e eu ia escutar só o chorinho dele, e os médicos iriam tirar ele rápido do centro cirúrgico, para levar para a UTI. Mas eu fiquei tão nervosa que esqueci disso! Só fui me acalmar no quarto quando minha família veio falar comigo e eu só consegui ver ele no outro dia, na UTI. Não estava mais aguentando de vontade de ver ele! Na verdade, os enfermeiros nem podiam ter me levado na UTI na hora que eles levaram, mas eu estava agoniada, nervosa, quase deixei o povo do hospital louco! [Risos]. Quando cheguei na UTI, levei um baque! Porque não imaginei que iria ver ele daquele jeito! Com oxigênio no nariz, cheio de fios, roxinho! Eu imaginava que eu ia ver um bebê igual ao da minha mãe quando ela veio do hospital; de roupinha, enroladinho, mas não! Ele estava peladinho, só de fralda e uma touca na cabeça, parecia um ratinho mesmo! [Risos]. O pior de tudo foi quando eu tive alta. Enquanto eu estava no hospital ia lá na UTI vê-lo nos horários de visita, mas quando a médica falou que eu estava de alta. Ah! [Suspirou] foi muito triste! Porque chegar em casa, e ver tudo montado e ele não estar junto comigo, é uma tristeza muito grande! Mas como se diz, a gente tem que aguentar, fazer o quê?! Mas é horrível, é muito triste, não tem explicação, só a gente que passou que sabe o que é! É muito triste! Eu cheguei em casa, minha mãe que me trouxe, eu não queria entrar, para não ver as coisas dele que estava quase tudo montado, eu não queria ver sem ele estar junto! Mas minha mãe entrou, colocou eu aqui dentro, eu comecei a chorar muito, perguntava: por que que ele não estava junto comigo? [Tristeza]. Depois que eu vim embora, eu ia no hospital duas vezes ao dia para vê-lo. Eu ia cedo, voltava e ia à tarde, eram só as duas horas que eu podia ver no dia, e era a coisa mais triste! Eu vir embora e ter que deixar ele lá, sozinho! E isso foi por 19 dias na UTI e 5 dias no quarto. Todos esses dias eu ia e voltava. Somente nos cinco dias que ele ficou no quarto foi que eu pude ficar com ele de acompanhante. Aqui em casa eu não dormia bem, eu não via a hora de levantar e ir para o hospital! Toda hora eu sonhava que ele estava chorando e levantava correndo pra ver o que estava acontecendo, mas não tinha ele, era coisa da minha cabeça! Quando ele estava na UTI, os enfermeiros tiravam meu leite, colocavam na seringa e passavam na sonda. Na UTI, não pude cuidar dele, não fazia nada de cuidado. Somente no dia em que ele foi para o quarto que as enfermeiras foram me ensinar como que eu ia cuidar dele e dar o leite no peito. Mas, o dia mesmo que eu fiz tudo, foi depois da alta dele! Porque mesmo no quarto quem fazia a maior parte era minha mãe ou minha tia, porque eu ainda estava com medo por ele ser prematuro e pequenininho, como eu era menor de idade, tinha que ficar um responsável comigo, para eu poder ficar com ele. O meu marido não pôde ficar comigo no hospital por ser homem, e por mais que era convênio, eles

não deixavam. Mas os cinco dias passaram rápidos e o dia que o médico falou que ele estava de alta, foi uma alegria, não via a hora de pôr dentro do carro e trazer embora! Chegamos em casa, todo mundo feliz! Todos ligavam para saber como ele estava, mas não podia ter visita. Minha família, meus amigos ficavam ligando para saber, todos ficaram muito contentes! Foi muito bom chegar com ele, passei nervoso [risos], porque eu nunca tinha pego uma criancinha daquele tamanho! Fiquei com mais medo de dar banho, como não podia ter visita, fiquei na minha sogra e lá tive que fazer tudo, porque não tinha ninguém para fazer para mim; mas graças a Deus eu suportei tudo isso e agora está tudo bem! Lembro que quando a gente chegou em casa ele deu um sorriso tão lindo, que isso eu nunca esqueço! Foi assim o dia que nós chegamos eu dei banho nele, coloquei ele na cama para trocar, ele olhava para a gente [se referiu a ela e ao marido] e deu um sorriso mais gostoso, foi o primeiro sorriso dele, acho que ele também estava feliz em sair do hospital! As primeiras semanas após a alta foram bem difíceis! Eu até tinha ajudado minha mãe cuidar do meu irmão caçula, mas não foi a mesma coisa que cuidar do meu filho. Foi muito difícil, pelo fato de cuidar dele daquele tamaninho, para dar banho eu ficava com medo de derrubar, escorregar da mão. Na hora de dar o peito, tinha medo que ele afogasse. Eu ficava sozinha com ele dentro de um quarto na casa da minha sogra, eu tinha medo de tudo! Não tinha minha mãe para me socorrer nas horas que eu ficava com medo! Mas depois da primeira semana, fui ficando mais tranquila, fui me acostumando, ele foi crescendo. Mas passei um susto com ele uns 15 dias depois da alta, eu estava amamentando, e quando coloquei para arrotar, ele esguichou o leite de volta bem amarelo. Fiquei muito preocupada, levei na pediatra e ela falou que era refluxo, e passou remédio. Eu dava o remédio certinho pra ele, tinha que acordar de madrugada. Eu também tinha muito medo de dar o remédio tinha medo de engasgar, vomitar, ir pro pulmão, mas eu dava, eu fazia tudo mesmo, como ninguém podia ver ele, ninguém também me ajudava. Depois de umas três semanas que eu estava na casa da minha sogra, resolvi ir embora para minha casa, mas aí já conseguia fazer tudo sozinha, cuidava da casa e dele sem muito medo, meu marido ajudava, mas ele trabalhava, aí só ajudava a noite. Meu filho, graças a Deus, foi bonzinho e não dava trabalho de madrugada, dormia a noite toda, não chorava, tinha noite que ele acordava para mamar, tinha noite que eu acordava ele, porque eu tinha dó dele ficar com fome. Quando fui pra minha casa, foi muito tranquilo”.

Rute

“(...) fui na UTI e vi que a situação não era tão simples, tinha vários fatores, levei um susto! (...) Esse momento foi bem difícil! (...) imaginei que seria a primeira a dar o banho(...) os dias foram passando(...) agora está tudo bem!(...) eu tive bastante apoio”. [Tom vital]

“Eu tinha acabado de completar dezesseis anos, namorava e descobri que estava grávida! No começo assustei, fiquei com medo, mas minha família a família do pai do meu filho nos apoiaram. Continuamos nossa vida normal, eu aqui com meus pais e ele na casa dele, continuei estudando. Comecei a fazer pré-natal no posto em outra cidade, só que a minha médica não tinha convênio nem trabalhava no hospital regional. Fiquei pensando, e se eu ou meu filho precisar de uma UTI, como que eu vou fazer? Foi Deus! Porque daí fui fazer pré-natal com outro médico. Ele foi me avaliando e com seis meses eu tive infecção de urina, fiquei internada tomando antibiótico e melhorei. Depois comecei a ter muitas dores na parte de trás das costas, acho que eu fiquei umas três semanas com essas dores, fui no hospital duas vezes antes

dele nascer, por conta dessas dores. Só que chegava lá, os médicos falavam que o bebê estava encaixando, eu voltava pra casa. Dois dias antes dele nascer eu voltei no hospital, aí já estava com 33 semanas, eles me examinaram e mandaram para casa. Lembro que acordei numa segunda-feira cedo e não estava aguentando de dor, aí pensei “ah, deve estar encaixando! Porque eu já tinha ido duas vezes e eles tinham falado isso. Então pensei vou esperar, lembro que eu fiquei a tarde inteira em casa, passei um tanto de roupinha dele, aí foi chegando de noite, fui na casa da minha tia, só que eu não tinha lugar para mim. Sentava doía, ficava em pé doía mais ainda! Falei: isto não está certo! Até meu pai falou, estou vendo que você vai ter que voltar para o hospital de novo. Mas falei, não vai ser nada, cheguei em casa, era umas dez da noite e fui deitar, pensei: “vou dormir que vai passar!” Ah! Quando foi onze e meia eu não estava aguentando, chamei meu pai e falei me leva para o hospital! Fomos eu, meu pai e a mãe do pai do meu filho; porque minha mãe toma remédio pra dormir e depois que toma não acorda! Eu não estava aguentando! Cheguei no hospital de Pouso Alegre, os médicos já me mandaram subir para o pré-parto, uma médica já estava me esperando, fez o exame de toque e viu que estava com 2 centímetros de dilatação. Ela falou que iria me internar para tentar segurar e me deram injeção pra segurar. Só que eu fui tendo dor, tendo dor... O pré-parto estava lotado, então eu só escutava gritos! No quarto que eu estava, tinha uma mulher que havia chegado junto comigo, com dois centímetros de dilatação e estourou a bolsa, logo em seguida, a médica falou para ela ir tomar banho pra fazer outro exame de toque. “Eu só escutava os berros dela no banheiro, quando os enfermeiros chegaram no banheiro a criança estava nascendo!” E assim, as mulheres chegavam, ia tendo seus bebês e eu fui ficando, e tendo dor. Quando foi umas nove horas da manhã, eu não estava aguentando mais. Estava doendo demais! Eu lembro que fui ao banheiro e vi que estava sangrando, chamei a médica, ela me examinou e disse que iriam ter que induzir meu parto, porque eu estava com 7/8 centímetro e não tinha estourado a bolsa ainda. Como ele ia nascer mesmo, a gente pensou que ia nascer e iria vir para casa. Meu pai veio embora correndo para comprar o berço, e o resto das coisinhas que faltavam, e também veio buscar minha mãe com o pai do meu filho; e a mãe do meu ex-namorado ficou no hospital comigo. Nisso, a médica me examinou, falou que ia estourar minha bolsa e ia me colocar no soro e, que depois de colocar no soro ia ser mais rápido, porque o bebê também já estava sofrendo, pois já tinha passado muito tempo, eu entrei meia noite no hospital e isso já eram mais de nove horas da manhã! Na hora que colocou no soro, pronto! Fui sentindo dor, gritava e rolava de dor! Como fazia muito tempo, médicos viram que eu estava sofrendo demais e me falaram que iriam fazer uma anestesia peridural. Só que eu ia ter que tentar de algum jeito fazer força! Me disseram: “você vai estar anestesiada, e vai ter que tentar fazer força e ajudar a gente!” Me levaram para a sala de parto e me deram a anestesia, só que aí, eu não sentia mais nada! Não sentia as pernas! Nada! Eu falei, meu Deus do céu e agora?! Como que eu vou fazer força? Fazia força e nada! A médica viu que ele estava parado, escutei ela falando: “a gente tem que fazer alguma coisa, porque está faltando ar para o bebê”. Outra médica subiu em cima de mim, em cima da minha barriga! A outra segurou minha mão e falou: “daqui você não solta mais a mão enquanto essa criança não sair!” Na hora que uma subiu em cima de mim e apertou minha barriga, a outra trouxe minha mão pra trás do ferro, e ele nasceu! Só que ele nasceu com o cordão umbilical enrolado no pescoço e ele já estava roxinho, já não estava mais com ar! Saíram correndo com ele, colocaram no oxigênio e foram para UTI! Ele nasceu eram quase onze horas e meu pai, minha mãe e o pai dele ainda não tinham chegado. E eu fiquei lá no centro cirúrgico, não

sabia o que eu fazia! Ninguém me dava uma resposta! Já tinha passado uma meia hora e nada! não vinham falar comigo, eu não sabia como meu filho estava! Depois chegou a médica e falou: “como ele nasceu um pouco fora do tempo, a gente levou ele pra UTI porque não está conseguindo respirar direito, mas ele está bem, pode ficar despreocupada, é só um tempinho e pronto!” Depois fui pra maternidade, tomei um banho e fui na UTI e vi que a situação não era tão simples, tinha vários fatores, levei um susto! [Triste] Ele era muito pequenininho, estava entubado, com um tanto de fio ligado nele, peladinho, o corpo era todo ‘manchadinho’! Estava com infecção no sangue muito forte, que pegou de uma infecção de urina minha, que eu só descobri que passou pra ele depois que ele nasceu e, na verdade foi isso que ocasionou o nascimento antes da hora. Esse momento foi bem difícil! No quarto onde eu estava, tinha mais uma mãe que estava com o neném no colo, ela me perguntou: “você teve bebê também?” Falei “tive”. E ela: “mas, ele morreu?” Pensei: “Ai meu Deus, me dá forças! E respondi: “não, nasceu prematuro!” [Risos]. Agora dou risada, mas na hora eu fiquei tão chateada! Porque eu imaginava que eu entraria no quarto com ele, que eu seria a primeira a dar o banho, foi bem difícil! No dia seguinte, já tive alta e ele ficou, o caso dele era bastante grave. Eu ia todos os dias ficar com ele. Chegava antes das oito horas da manhã, já ia no banco de leite, tirava o leite pra ele, porque às oito horas eles davam o leite na UTI, e só saía do hospital nove, dez horas da noite. Enquanto os funcionários não falavam para eu sair, eu ia ficando! Meu pai me levava e me buscava e minha mãe ficava comigo, porque eu tinha 16 anos; minha mãe não podia ficar dentro da UTI comigo, então ficava em uma salinha me esperando. Nos horários de visitas, ela entrava, meu pai, minha irmã, o pai do meu filho e os pais dele sempre iam nos horários de visita também. Ah! lembro quando os médicos foram tirar o tubo dele pela primeira vez, e eu, ao invés de sair, fiquei perto, na hora que eles tiraram, a saturação foi caindo, ele tentava respirar, mais não conseguia, isso foi tão forte pra mim que não aguentei ficar o resto do dia e fui parar no pronto socorro, de nervoso, de ver ele daquele jeito! Depois com dezessete dias, ele saiu dos aparelhos, e a fonoaudióloga me ensinou a colocar ele para sugar no meu peito e ele pegou de primeira! Foi bem legal! [Riso]. As meninas que trabalhavam na UTI eram muito atenciosas, qualquer dúvida, eu perguntava e elas me respondiam. Ele ficou na UTI vinte e dois dias; depois foi para a pediatria, e ficou mais dez dias para terminar o antibiótico. Na pediatria, ficávamos eu e minha mãe, a gente dormia numa cadeira, foi bem mais difícil! Porque lá a gente vê criança de tudo quanto é jeito, então lá era mais complicado! As crianças choravam a noite inteira! Tinha um menininho que ficava no quarto com a gente, ele estava naquele bercinho de luz, por conta de icterícia muito forte, só que esse bebezinho nasceu com a perninha torta, estava com gesso, ele batia a perninha no berço de vidro e chorava no meio da noite! Meu filho acordava e só ia dormir às sete horas da manhã; nesse horário os médicos passavam, então meu filho não dormia. Lá na pediatria, eu que cuidava, dava banho, à noite eu completava leite do peito com mamadeira, mas eu que tinha que fazer, porque as enfermeiras iam só para dar a medicação. Quando faltavam uns dois dias pra ele ter alta, ele acostumou e começou a pegar mais firme no sono. Nós não sabíamos ao certo o dia que ele teria alta, estava programada para uma quarta, só que quando os médicos repetiram os exames de sangue, para ver se podia ou não liberar, deu uma alteração no exame, disseram que talvez teriam que fazer transfusão de sangue. Nossa! Para mim, que já tinha ficado mais de um mês ali, foi um baque! Minha sorte foi que a médica dele estava no hospital e viu todos os exames, deu alguns remédios pra tomar em casa e autorizou a alta na quarta mesmo, só que no sábado a gente tinha que levar ele no hospital para repetir

os exames. Graças a Deus a gente veio pra casa! Como eu já tinha ficado 10 dias com ele na pediatria, eu mesma cuidava quando cheguei em casa. A primeira noite foi bem difícil! As primeiras noites, ele não estava acostumado, porque estava acostumado a dormir lá no hospital e aqui era outro ambiente. Quando ele chegou em casa, lembro que nem dormi direito, porque ele acordava de meia em meia hora. Não conseguia dormir no bercinho, chorava toda hora, eu dormia com ele no colo, encostada num urso de pelúcia. De manhã eu acordava parecendo um zumbi [risos]! Não conseguia fazer nada dentro de casa nas primeiras semanas, porque eu também não estava acostumada com ele ainda; então ficava só com ele. Os dias foram passando, ele foi fazendo os exames que os médicos foram pedindo depois que ele saiu do hospital e eu sempre tinha aquele medo de dar alguma coisa! Ele foi crescendo, o meu leite foi sustentando, ele dormia mais durante a noite. Graças a Deus, se desenvolveu bastante, normal, e agora está tudo bem! Meu pai, com minha mãe, me ajudaram demais, até hoje me ajudam bastante! Eu e o pai do meu filho continuamos namorando até nosso filho nascer, só que depois quando ele ainda estava internado a gente foi se distanciando, ele saía com os amigos e, por fim, terminamos. Mas o pai dele vem, pega ele, os avós paternos, ele adora! Então, graças a Deus eu tive bastante apoio. Ele está com um ano e oito meses e ainda mama em mim; mas estou começando a tirar ele do peito! Eu faço curso de técnico de radiologia à noite, e tadinho, ele me espera todas as noites chegar do curso, para mamar! Estou tentando tirar ele do peito, porque agora vou começar a fazer estágio e como tem radiação, os professores falaram que não pode amamentar! Estou tirando aos poucos, no curso tem uma psicóloga, aí eu fui pedir ajuda para ela. Sei que é mais por mim que ele ainda não saiu do peito, depois de tudo, cada susto que a gente levava naquele hospital, eu fico com dó de tirar!”.

Rebeca

“Mesmo com medo de não saber cuidar direito, eu fiquei feliz por saber que agora sim eu ia poder cuidar dela, sem ter interferência de médicos, de enfermeiras (...) fui me acostumando, conhecendo quando ela estava com dor, (...) com fome, pensei que seria bem mais difícil!”. [Tom vital]

“Eu sempre quis ter um filho! Mas minha gravidez não foi planejada. Eu morava com meu marido já fazia mais de dois anos, nós não evitávamos muito, e quando eu descobri que estava grávida, já estava de três meses. Comecei a fazer pré-natal particular e, com 34 semanas, fui na consulta, acreditando que estava normal, não sentia nada, só estava inchada, mas achava que o inchaço era normal, afinal eu nunca tinha ficado grávida! [Risos]. A médica mediu minha pressão falou que estava um pouco alta, me afastou do serviço, me deu remédios e pediu um exame de proteinúria urgente. Quando o resultado saiu, o laboratório passou o resultado direto para ela. No mesmo dia, ela me ligou, e disse que eu deveria ir ao hospital, fiquei muito assustada, com medo, ela explicou que provavelmente o bebê iria nascer antes da data, porque meu exame estava muito alterado, me explicou que não iria fazer meu parto, pois não atendia no hospital do SUS, mas era para eu ficar tranquila, que a os médicos eram bons e iam fazer o melhor, para mim e para minha filha. Foi uma bomba para mim! Eu não sabia o que fazer! Quando fui para o hospital, apresentava estar calma, mas por dentro eu estava muito nervosa, não sabia o que ia acontecer, estava com medo de acontecer alguma coisa, comigo ou com ela. Lá no hospital, os médicos me atenderam bem e toda hora “olhavam minha pressão”. Foi difícil saber que ela ia nascer antes

do tempo; meu marido ficou o tempo todo comigo, mas na hora do parto ele não teve coragem de entrar [Risos]. Os médicos me levaram para a sala de parto, me “prenderam” na mesa de cirurgia, e tive um pouco de medo, mas o anestesista ficou bem próximo de mim, conversava comigo, e fiquei mais tranquila. Fizeram minha cirurgia, correu tudo bem, ela nasceu, os médicos me mostraram rapidinho e levaram para o berçário, só que os aparelhos que tinha no berçário não foram suficientes para ela, e levaram para UTI. Ela nasceu oito da manhã e eu só a vi às nove da noite na UTI. Os médicos falaram que ela estava bem, mas teria que ficar ali alguns dias, por ter nascido prematura. Quando a médica veio e me deu alta, eu chorei muito, por saber que eu ia sair e ela ia ficar no hospital! É uma coisa muito difícil! Quando meu sogro me buscou no hospital, minha vontade era de voltar e só sair de lá com ela nos meus braços! Me deu um aperto no peito, uma angústia, um sentimento muito ruim! Na hora em que eu cheguei em casa, eu tinha medo até de dormir e o telefone tocar com alguma notícia, foi muito difícil saber que eu estava aqui e ela não; eu ficava vendo as coisinhas dela, as roupas, o berço, tudo arrumadinho e ela no hospital, muito ruim, muito difícil! Ela ficou duas semanas na UTI e uma semana no berçário, eu ia todos os dias! Comecei a tirar o leite no banco de leite e eles davam para ela, mas amamentar mesmo, em mim, foi só depois que ela foi para o berçário. Os funcionários começaram a colocar ela para mamar em mim, foram estimulando, até ela pegar bem! Lá no hospital, não consegui dar banho nela nenhuma vez, como eu ia no carro da saúde, na hora em que eu chegava lá, eles já tinham dado, eu só trocava fralda de vez em quando no berçário. Nossa, no dia que a pediatra deu a notícia que ela iria ter alta, foi uma coisa muito gostosa [Feliz]. Fiquei muito contente de saber que aquele pesadelo de hospital estava acabando! Mesmo com medo de não saber cuidar direito, eu fiquei feliz por saber que agora, sim, eu ia poder cuidar dela, sem ter interferência de médicos, de enfermeiras. Quando eu cheguei em casa, pensei que não ia ser fácil, porque não tinha nenhum parente, nenhuma pessoa da família por perto, alguém para me orientar, para me falar como que teria que fazer, eu não tinha noção nenhuma de como eu ia cuidar dela. Mas, com o passar dos dias, fui me acostumando, fui conhecendo ela, fui conhecendo quando ela estava com dor, ou quando ela estava com fome, pensei que seria bem mais difícil! Foi esquisito, eu não sabia se eu pedia ajuda para algum vizinho [Risos], ou se eu fazia sozinha, não sabia o que fazer! Meu marido começou a dar banho nela, foi me ensinando, e fui indo [Risos]. Eu não tinha experiência nenhuma, tinha medo às vezes, de que ela tivesse cólica, ou que tivesse alguma coisa e que eu não saberia identificar. Cuidar dela em casa foi assim: quando não tinha serviço, meu marido me ajudava e, quando ele ia trabalhar, às vezes, uma vizinha me ajudava. Não foi tão difícil, mas também não foi fácil [Risos]! Com o passar dos dias, foi melhorando, ela foi crescendo; era muito pequena, era difícil até de pegar, fui me acostumando. Eu trocava, acostumei dar o banho, ela mamava só em mim, na verdade ela mamou em mim até ir para a creche, depois ela não quis mais. Eu fazia os serviços da casa, ela era boazinha, meu maior medo eram as cólicas mesmo, mas graças a Deus ela quase não teve. Nunca ficou doente, dorme bem”.

Débora

“Cuidar dela em casa foi muito tranquilo(...) minha família e meu marido sempre me apoiaram e me ajudaram(...) minha vida mudou pra melhor depois que ela nasceu, foi maravilhoso ela ter chegado!” [Tom vital]

“Minha história foi assim: eu já era casada, tínhamos casa própria, e queríamos muito ter um filho, tive dificuldade para engravidar, então começamos a fazer tratamento, e em seis meses eu estava grávida. Fiz acompanhamento todo mês, minha gestação foi bem tranquila, eu trabalhava normal, só que no dia 03 de janeiro fui na consulta de pré-natal, e estava começando a sentir dor nas costas, na bacia. Nesse dia, a médica havia me dito que essa dor era normal, que meus ossos estavam abrindo e a bebê estava encaixando. Minha pressão nesse mês tinha subido um pouco também, eu passei a gravidez inteira boa, só no oitavo mês que minha pressão subiu. Então, passei o mês com um pouco de dor, tomando remédio para a pressão, mas estava bem e a minha próxima consulta era dia 27, era nesse dia que ia marcar, mais ou menos, quando seria o parto. Só que eu acordei no domingo do dia 26 com dores; tomei café e a dor não melhorava, eu imaginando que era o osso que estava abrindo. Quando deram umas nove horas, meu marido acordou e as minhas dores estavam piores, eu deitava e não melhorava; minha mãe então ligou para minha médica, que por sorte estava de plantão na maternidade de Pouso Alegre. Fomos para lá era umas dez horas da manhã. A médica fez o exame de toque, eu estava com 2 cm de dilatação, então ela falou que a dor provavelmente era da dilatação, a pressão estava um pouquinho alta, mas eu já estava com remédio. Então a médica disse que iria dar um medicamento para segurar mais alguns dias, para não nascer prematura e que dentro dos próximos 15 dias a bebê poderia nascer. Mas, antes de dar certeza disso, ela pediu um ultrassom, que constatou que minha bolsa tinha baixado dois níveis de 8 já tinha ido para 6; minha bolsa estava com uma rachadura e estava vazando, então a bebê ia nascer mesmo. Nessa hora, eu não sabia mais quanto de dilatação eu estava, já eram umas duas da tarde. Ela me examinou de novo, e disse: “agora você quem decide, eu te dou remédio para a dor, a gente espera para tentar o parto normal, ou você parte para a cesariana”. E como minha vizinha tinha tido bebê no outro hospital do SUS, tentado um tempão o parto normal e no final virou um parto cesária de emergência, eu fiquei com medo! E meu marido nessa hora falou: ah, Débora, você que sabe, você está com dor, você decide o que for melhor! Eu escolhi a cesariana. No começo da gravidez, eu tinha o intuito de ter parto normal, mas tive alguns medos, porque minha mãe não teve dor, a minha avó não teve parto normal e a minha bisavó quase morreu em um parto normal. A minha médica até disse que não era para eu me preocupar muito, que quando chegasse a hora do nascimento teria o parto que fosse melhor para mim e para minha filha. De certa forma, eu levei a gravidez sabendo que não iria ter parto normal e também não me preocupei. Na hora, eu optei pela cesariana, por medo de não aguentar até o final, ou prejudicar minha filha ainda mais, já que estava perdendo líquido! Já fiquei internada naquele domingo e lembro dos médicos correndo com a maca, meu marido foi comigo até a porta do centro cirúrgico, depois ele foi para outra sala trocar de roupa e a enfermeira me levou para o centro cirúrgico, na hora do parto vi que tinha mais dois médicos além da minha médica na sala. Quando foi 16h21min ela nasceu! O pediatra me mostrou, na hora ela chorou, minha médica já tinha me dito que corria o risco dela ir para UTI, eu fiz a cesariana sabendo que ela poderia ir! Só que na hora que ela nasceu, pelo tamanho, pelo peso, ela chorou, nasceu normalzinha, o pediatra falou pra mim: “acho que ela não vai precisar ir não, ela nasceu bem!” Foi pro berçário e ficou até às oito da noite no berçário em observação, mas ela começou a ter falta de ar, transferiram para UTI e foi entubada. Quando eu fui vê-la, depois que melhorei da anestesia, por volta de meia noite, ela já estava sedada e entubada. O pediatra me falou que precisaria jogar um surfactante no pulmão, porque um lado estava bom, o outro não. Fez RX e viu que um lado

não estava bom; ainda bem que eu tinha tomado injeção para amadurecer o pulmão na semana do dia três, como minha pressão já estava subindo, minha médica achou melhor prevenir. A data certa de ela nascer era 21 de fevereiro; ela nasceu de 36 semanas e dois dias. Na UTI, ela teve o vírus da meningite, pneumonia e foi ficando. Eu tive alta na terça, mas não fui para minha casa, eu não podia ficar sozinha, porque eu ainda estava com uma proteína positiva no sangue e corria risco de ter convulsão, então a médica só me deixou sair do hospital na terça-feira, porque eu viria para a casa da minha mãe, eu sempre tinha que ter alguém comigo; também eu não quis ficar na minha casa por causa do quarto dela, eu não queria entrar lá, ainda mais que no quarto que a gente montou para ela, tem o nome dela grande na porta! Então era muito difícil ver e saber que ela não estava ali. Lembro que, às vezes, eu tinha que pegar alguma coisa em casa, eu ia, pegava e saía rápido. Nesse tempo que ela ficou no hospital, não entrei no quarto; não queria ficar na minha casa sem ela! Eu tive até começo de depressão pós-parto, tomei até remédio no começo. Mas ia para Pouso Alegre todos os dias às 8 da manhã e voltava às 18h30min. No hospital, eu entrava nos horários de visitas, das 10 às 10h30min; das 15 às 15h30min; e, como era um hospital particular então eu não podia ficar com ela. Quando ela estava na UTI, dei banho nela uma vez, foi quando cheguei mais cedo, ela ainda não tinha tomado banho e a enfermeira, falou pra mim, vem dar o banho, depois você amamenta. Lá no hospital a amamentação é de três em três horas, nos horários que eu estava lá, ela mamava em mim, na verdade. Quando eu tive alta na terça à noite, meu leite já estava empedrando, antes de ela nascer meu leite já pingava, tinha muito, então eu cheguei na quarta-feira no hospital, meu peito estava muito duro e querendo esquentar, eu não sabia, e a médica me disse para ir em uma salinha de espera que tem lá na UTI e tirar o leite e ela veio junto para me ensinar a tirar, ela tirava de um lado e o outro pingava [Risos]. Ela ainda falou que se todas as mães que tivessem filhos na UTI tivessem o tanto de leite que eu tinha seria ótimo! O meu leite encheu mais de um vidrinho na primeira vez, então eu tirava quando ela não podia mamar, tirava na mão, porque lá não podia ser bombinha, colocava num vidro e deixava lá; eles davam enquanto ela estava de sonda. Antes de um mês, ela começou a mamar em mim, os horários em que eu estava lá ela mamava em mim e, como eu ficava o dia todo lá, nos horários das mamadas eu pedia pra recepcionista avisar para eles deixarem eu subir e dar o meu leite para ela e ela mamava bem! Quando faltava um dia para ela completar um mês, teve alta, e eu fui para minha casa, porque desde que ela nasceu e foi para UTI eu fiquei na casa da minha mãe. Com sete dias que ela estava em casa, levei para tomar as vacinas, a enfermeira disse que poderia dar febre e que se desse, eu poderia dar Tylenol e eu acabei dando o Tylenol depois de algumas horas. Depois disso, ela respirava e dava para ver as costelas, levei ela na pediatra daqui correndo, a médica disse que ela estava tendo uma crise respiratória grave. Corremos com ela para Pouso Alegre, eram umas onze da noite; no hospital, os médicos entubaram ela. Como ela tinha nascido no hospital particular, os médicos falaram que não tinha leito na UTI do SUS e se eu autorizava transferir ela para o hospital particular. Uma enfermeira que trabalha nos dois hospitais estava lá e lembrou da gente, ligou no hospital particular e conseguiu a vaga pra minha filha. Só que eu tinha que arrumar uma UTI móvel à meia noite, eu nem sabia se o nosso plano de saúde cobria isso! E nisso, um moço que não sei quem é, viu nosso desespero e perguntou o que estava acontecendo, meu cunhado explicou para ele, que a gente precisava de uma ambulância, ele era motorista de uma UTI que tinha levado um paciente; disse que se a médica fosse junto ele levava! Então veio a pediatra chefe da UTI neonatal, conversou comigo, perguntou se não tinha

problema fazer a transferência. Eu disse que por mim não, ainda mais que ela ia para o hospital que ela já havia ficado. Fomos, a médica e uma enfermeira foram juntas na ambulância; chegou no hospital particular e internou. Eles foram fazer os procedimentos com ela e eu só consegui ver ela era umas três horas da manhã. Me senti um pouco tranquila, porque a gente faz amizades com os médicos, com as enfermeiras, a fisioterapeuta! No outro dia de manhã, encontramos com a fisioterapeuta que contou que já havia extubado minha filha e ela estava só com o Cepape. Na UTI, o médico disse que não tinha tido necessidade de entubá-la, mas a médica do outro hospital entubou por precaução, e como ela já estava bem melhor, estava sem tubo. Ele perguntou o que aconteceu e eu disse que ela só tinha tomado vacina, eu nem lembrei do tylenol, e ele disse que vacina não faz isso! Era uma reação alérgica, foram feitos vários exames e viram que a glote dela estava muito inchada, ela continuou na UTI. No terceiro dia, nós voltamos no horário de visita, quando eu estava saindo da UTI para vir embora, minha filha começou a chorar muito, já estava sem acesso, sem monitor, a enfermeira falou para eu pegar ela para ver se ela acalmava e nisso o médico veio falar com a gente e disse que foi mesmo um crise alérgica, passou antialérgico e transferiu para o quarto. Já fui com ela para o quarto, fiquei feliz, mas surpresa! Nem tinha ido preparada para ficar, não levei roupa, ela foi para o quarto enrolada na coberta da UTI [Risos], ficamos sete dias no quarto, antes de vir embora. Tinha dias que eu ficava dia e noite, às vezes eu trocava com minha mãe, com a madrinha dela, mas todos dias eu ia. Até que viemos embora, e foi nesse dia que eu fui ver e lembrar do Tylenol e nunca mais dei. Um tempo atrás ela pegou um comprimido e colocou na boca sem eu ver, mas não engoliu. Percebi que a garganta dela ficou vermelha, liguei pro pediatra e ele passou antialérgico. Nesse dia, tive certeza que ela é alérgica ao Tylenol! Não quis fazer o teste, porque uma médica disse que teria que internar, dar o remédio para ver o que acontecia, e outra médica falou que não seria indicado e que, para todos os efeitos, ela é alérgica a esse remédio e pronto! Sei que cuidar dela em casa foi muito tranquilo! Ela sempre foi muito tranquila, não chorava nem quando estava com fome, nem quando estava molhada, eu que vivia acordando ela! [Risos]. Acho que não tive dificuldades em cuidar dela, porque cuidei da minha irmã mais nova, nossa diferença de idade é muito grande, então eu sempre ajudei minha mãe. Os quatro primeiros meses foram assim, eu e ela em casa, eu que dava banho, trocava, fazia tudo, nunca tive medo de fazer ou receio de acontecer alguma coisa! E quando ela estava com três meses na hora que eu colocava o peito na boca dela, ela começava a dar ânsia de vômito. Eu tirei por conta e comecei a dar leite de lata e, para começar a trabalhar, tive que tomar remédio pra secar; porque minha filha não mamava mais, eu não tinha criança para dar, então não tinha o que fazer. Minha vida mudou para melhor depois que ela nasceu, foi maravilhoso ela ter chegado. Minha família e meu marido sempre me apoiaram e me ajudaram na gravidez; depois, quando ela nasceu e ficou internada, até hoje somos muito unidos!”.

Isabel

“(...) Eu via o jeito que os enfermeiros mexiam com ele e foi tranquilo (...) tinha uma segurança em mim mesma, eu sabia que iria dar conta de cuidar dele!(...) Eu tive apoio de toda minha família, e isso me ajudou muito, porque a gente sente que está com mais força ainda, que não está sozinha!”.
[Tom vital]

“Eu e meu marido sempre queríamos ter um menino, já somos casados há bastante tempo, temos uma filha de treze anos que é uma ótima filha e sempre ficava pedindo um irmãozinho! O tempo foi passando, minha filha crescendo e resolvi que aquela seria a hora, então no mês que resolvemos, eu já engravidei [Risos]! Foi uma felicidade imensa! Comecei a fazer pré-natal, fazia tudo certinho! Durante a gravidez, minha pressão era normal, mas quando chegou no sétimo mês, comecei a me sentir mal, dor de cabeça, ânsia de vômito; pensei: “Meu Deus! Acho que eu estou tendo uma pré-eclâmpsia!”, eu pensei e era! Porque eu já tive uma outra pré-eclâmpsia e os sintomas eram parecidos. Tinha passado mal alguns dias antes de ele nascer, minha médica me examinou e viu que minha pressão estava subindo, me orientou que qualquer coisa que eu sentisse, era para ir para o hospital de Pouso Alegre porque, se eu precisasse de atendimento de emergência, ou de uma UTI, lá tinha. Nesse dia mesmo, já me encaminhou para lá, mas fiquei com medo de ir e os médicos do hospital tirarem meu bebê; ela me acalmou e disse que não, que eu iria só pra fazer os exames; então eu fui e acabei ficando dois dias internada, depois voltei para casa; fiquei dois dias em casa e passei mal de novo. A enfermeira do posto veio e verificou minha pressão de manhã e falou que estava 160x100mmhg, mas acho que estava mais, porque ela estava meio assustada; ela perguntou se eu queria ir para o pronto socorro, falei que não! Quando passou mais ou menos uma hora, comecei a piorar, chamei o carro da saúde, que já veio e me levou direto para Pouso Alegre. Não deu tempo de nada! Quando eu cheguei lá, a médica me examinou e perguntou o que eu estava sentindo, falei que estava com muita dor de cabeça! Meu marido estava comigo, mas não pôde assistir o parto porque eu tive crise convulsiva! Só vi que a médica “mediu” minha pressão, depois não vi mais nada! Não sei o tipo de anestesia que deram, não sei nada, não lembro nada do parto! Só que acordei muito tempo depois e já era noite; meu marido me contou tudo: que ele tinha nascido e estava na UTI; eu falei que queria ir na UTI ver, mas os médicos não deixaram! Meu marido tirou uma foto dele para eu ver. Só no segundo dia que eu fui vê-lo de cadeira de rodas ainda porque não conseguia andar. Fiquei feliz por saber que ele estava bem, que apesar de o meu filho ser prematuro, ele era esperto e saudável, e os médicos falaram para mim que ele era muito esperto, estava feliz por ver que ele estava reagindo e ia ser meu mesmo! Fiquei muito tranquila porque os médicos me passaram segurança. Minha pressão foi normalizando e depois de três dias, a médica disse que eu estava de alta, mas o neném ia ter que ficar. Eu queria tanto trazer ele pra casa! Mas sabia que não iria ser naquele dia, mas eu tinha fé que ele ia ser meu! Eu pensava assim só! Tinha pensamento positivo! Eu vim, mas continuava indo todos os dias ver ele na UTI, eu não deixei ele nenhum dia sozinho, ia cedo e voltava cinco horas da tarde, de dieta e tudo! Se não tinha cadeira para sentar lá, eu ficava de pé em volta! Em casa, as coisinhas dele já estavam arrumadas, mas preferi ir para casa da minha sogra, fiquei lá 20 dias. As pessoas me falavam que se eu fosse para casa sem ele, ia ser pior pra mim. À noite, eu ficava andando para lá e para cá, rezando pra noite passar rápido, para eu poder voltar pro hospital. Chegava lá, mal deixava o carro no estacionamento e ia correndo ver ele, no começo eu arrumei um motorista, mas depois de uns dias eu mesmo ia dirigindo. Na UTI, no começo, eu não fazia nada, ainda estava muito fraca, mas, com os dias fui ficando forte e as enfermeiras viram que eu não tinha medo e, como eu sou da área da saúde, então me deixavam trocar, eu dava o leite pela seringa; na hora do banho, eu ficava com a mão na água para ele sentir meu contato, durante o dia eu ia no banco de leite e tirava o leite pra ele. Na UTI, ele teve anemia, mas ele recebeu uma bolsinha de sangue e já normalizou; graças a Deus não pegou infecção, não pegou nada, foi muito

bem cuidado! Ele ficava mais no oxigênio mesmo. Depois de 43 dias, foi para o berçário e começou a mamar em mim; no berçário ele ficou 18 dias, e já veio direto pra casa. Em casa foi bem, porque eu já acostumei a cuidar dele no hospital e já sabia como era, porque já tenho uma filha. As minhas duas gestações foram parecidas. Mas na segunda a gente está mais experiente, na primeira a gente fica insegura porque não sabe muita coisa ainda. Mas na gravidez da minha filha eu, mesmo estando com a pressão alta, ela nasceu de parto normal, de nove meses, não ficou internada! No parto normal, eu saí andando e na cesariana eu fiquei mais amarrada. Mas graças a Deus eu não tive complicação nenhuma na cesariana, não inflamou e eu colocava cinta bem apertada, isso ajudou muito. Minha chegada em casa foi tranquila, fiquei pensativa no começo porque tinha medo de ele ficar doentinho, mas eu tinha uma segurança em mim mesma, eu sabia que iria dar conta de cuidar dele! Eu pensava assim: “ele já está grandinho, agora não tem mais perigo”, só pensava que tudo ia dar certo! Não tive dificuldade não para cuidar dele! Eu via o jeito que os enfermeiros mexiam com ele e foi tranquilo graças a Deus. Eu ficava em volta, de três em três horas eu trocava, amamentava, igual ao que faziam lá. Foi tudo certinho, tranquilo! Eu tive apoio de toda minha família e isso me ajudou muito, porque aí a gente sente que está com mais força ainda, que a gente não está sozinha!”.

8 TRATAMENTO DOS DADOS

As narrativas transcritas a partir das entrevistas estão categorizadas neste capítulo, num processo que requereu sistematização dos dados. A leitura das narrativas evidenciou o movimento das falas que entrelaçaram os tons vitais, os conceitos e as atitudes das colaboradoras. Nessas falas, as mães deixavam vir à tona o processo gestacional, o parto, a hospitalização do filho, a rotina após a alta e o modo como esse processo se realizava em cada família e no coletivo.

Nos vários encontros realizados com as mães, pude perceber a unidade do grupo, pois, apesar das dificuldades encontradas, tais como a disponibilidade de horário, o local, e as várias idas e vindas para os múltiplos encontros, o grupo permaneceu homogêneo.

As narrativas revelaram a trajetória da vivência das mães de prematuros que, após leituras e releituras cuidadosas dos dados resultaram na elaboração das categorias empíricas, e subcategorias que não significam menor importância, mas, ao contrário, caracterizam os componentes das categorias de análise. Essas utilizarão uma complexa análise das informações com síntese do pensamento e criatividade, buscando uma reflexão profunda entre os temas ou achados no estudo e a literatura com o intuito de possibilitar formulações teóricas e recomendações, como passo a descrever.

8.1 CATEGORIA 1- IDENTIFICAÇÃO E SITUAÇÃO NA FAMÍLIA

Essa categoria refere-se à identificação das mães no contexto familiar, bem como revela sua posição na família, seu relacionamento com cônjuge ou parceiros, e sua atuação profissional.

“Meu nome é Joquebede, tenho trinta e dois anos de idade, sou casada há cinco anos. Sou técnica de enfermagem e trabalho em uma farmácia (...).”

“Meu nome é Ana, tenho trinta e seis anos, sou casada há treze anos. Cuido da casa (...).”

“Eu sou Lóide, tenho dezoito anos, vivo com meu companheiro há dois anos. Atualmente, trabalho como manicure (...).”

“Eu me chamo Rute, tenho dezoito anos, sou solteira, moro com meus pais e com minha irmã gêmea, trabalho como costureira, mas estou fazendo curso técnico de radiologia (...).”

“Eu sou Rebeca, tenho dezessete anos e vivo com meu companheiro desde os quatorze anos. Parei meus estudos, e trabalho como doméstica durante a semana, e como garçõnete aos finais de semana (...).”

“Me chamo Débora, tenho vinte e quatro anos, sou casada há cinco anos.

Trabalho em casa como costureira (...).”

“Sou Isabel, tenho trinta e nove anos, sou casada há vinte anos, tenho dois filhos. Sou agente comunitária de saúde (...).”

Neste estudo, a maioria das colaboradoras faz parte de famílias estruturadas com a presença do cônjuge ou parceiro; exceto Rute, que vive com sua família de origem. A família é, acima de tudo, uma instituição social e, assim sendo, é historicamente produzida, variando de acordo com o tempo e com o espaço. A família é a base da sociedade e atualmente não se origina apenas do casamento, uma vez que, a seu lado, duas novas entidades familiares passaram a ser reconhecidas: a constituída pela união estável e a formada por qualquer dos pais e seus descendentes (CARNUT; FAQUIM, 2014; CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAUJO, 2011; GONÇALVES, 2015).

A maioria das colaboradoras possui família nuclear, também denominada conjugal ou elementar. Nessa classificação, há a presença da mãe, do pai e dos filhos nascidos, que habitam o mesmo espaço, sendo essa união reconhecida pela comunidade. Apenas para Rute, a família é classificada como monoparental, pois é formada por um dos pais e seus descendentes. Essa família pode surgir tanto da dissolução de uma entidade familiar biparental com filhos, como de uma pessoa *celibato*, ou seja, inicialmente sem filhos, que passa a ter filhos, e vive com eles sem a presença do outro genitor (BAPTISTA, 2010 p.88; CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAUJO, 2011; SILVA, 2016).

Com relação à idade das mães, foi possível identificar dois grupos etários paralelos na pesquisa. O grupo de mães acima de trinta anos e o grupo de mulheres que se tornaram mães ainda na adolescência. Por um lado, as mulheres adultas estão adiando o casamento e a maternidade para a terceira e quarta décadas de suas vidas, devido ao processo de mudança dos padrões familiares que vem ocorrendo no mundo, geralmente ligados ao maior grau de escolaridade e a maiores oportunidades de emprego (BERQUÓ; GARCIA; LIMA, 2012; SANTANA; LAHM; SANTOS, 2015).

Por outro lado, as adolescentes têm antecipado e vivenciado esse processo gestacional, o que provavelmente está relacionado à iniciação sexual precoce, ao pouco conhecimento do uso de métodos contraceptivos, à fragilidade da tutela familiar e ao processo acelerado de urbanização, com mudança significativa no estilo de vida (ENDERLE et al. 2012; FEBRASGO, 2009; MELLO JORGE et al., 2014).

Com relação à atividade laboral, a maioria possui uma profissão externa ao lar, exceto Ana. As mulheres mães deixaram o ambiente doméstico para buscar trabalho fora de casa, gradualmente. Pode-se afirmar que o trabalho remunerado está associado a aspectos concretos,

como a dificuldade financeira e a necessidade de dividir as contas do lar e aspectos emocionais, como independência, autonomia, satisfação pessoal e incremento de relacionamentos sociais (FIORIN; OLIVEIRA; DIAS, 2014).

Esse grupo de colaboradoras revelou famílias nucleares, nas quais a gravidez ocorreu na idade adulta ou na adolescência. Essas mães têm profissão e trabalham fora de casa.

8.2 CATEGORIA 2- GESTAÇÃO E PARTO

Na oficina de mosaico, todas as colaboradoras escolheram gravuras que retratavam seus sentimentos na gestação e no parto. Como foi explicado no capítulo Grupo Cultural “Mães de Guerreiros”, abaixo de cada gravura escolhida, cada mãe escreveu seu depoimento.

A categoria Gestação e Parto se divide nas subcategorias Planejamento da Gravidez; Intercorrências; Experiência do parto; Pós-parto; Alta materna. Subcategorias não significam menor importância, mas, ao contrário, caracterizam os componentes das categorias de análise. Essas utilizarão uma complexa análise das informações com síntese do pensamento e criatividade buscando uma reflexão profunda entre os temas ou achados no estudo e a literatura com o intuito de possibilitar formulações teóricas e recomendações (LEININGER, 1985).

8.2.1 Planejamento Da Gravidez

A ocorrência da gestação é resultado do desejo de ter ou não filhos. Mulheres mais velhas, com relacionamentos estáveis, são as que mais planejam a gravidez. Essas mulheres conseguem reunir as ferramentas necessárias para vivenciar uma gravidez exatamente no momento em que desejam, de forma intencional e com o apoio do parceiro. Assim, parece que as mulheres mais jovens, sem parceria estável, no início da vida sexual e as que nunca engravidaram anteriormente, são as mais vulneráveis a vivenciar uma gravidez não planejada (BORGES, 2007; BORGES et al., 2011).

Essa subcategoria se divide em Desejavam a gravidez; Não desejavam a gravidez, as quais podem ser constatadas como se segue.

8.2.1.1 Desejavam a gravidez

Algumas mães revelaram que tanto elas quanto os maridos ou companheiro desejavam ter filhos, como podemos observar nos depoimentos a seguir:

“(...)Eu tinha planos de engravidar (...).” Joquebede

“Eu e meu marido sempre queríamos ter um menino(...), então no mês que resolvemos, eu já engravidei [Risos]! Foi uma felicidade imensa (...).” Isabel

Uma gravidez planejada e, conseqüentemente, desejada assegura um aumento da cumplicidade entre o casal, gerando momentos extremamente agradáveis e experiência positivas que ajudarão no desenvolvimento da família. Uma família bem estruturada gera uma sociedade mais integrada e organizada por valores morais e sociais decisivos para a construção de um mundo melhor. Ter filhos é parte fundamental do projeto de vida da maioria dos casais. O processo biológico da reprodução, além da perpetuação da espécie, aparece como uma bênção divina (BORGES et al., 2011 DANTAS; CARVALHO; SILVA, 2013).

Porém, alguns casais, mesmo idealizando e planejando a vinda do filho, tiveram que recorrer a tratamentos médicos para a realização de seu sonho.

“Meu maior sonho era ser mãe (...) iniciei o tratamento para engravidar. Nós planejamos tudo (...) então fomos guardando um dinheirinho para conseguir (...).” Ana

“(...) Queríamos muito ter um filho, tive dificuldade pra engravidar, então começamos a fazer tratamento, e em seis meses eu estava grávida (...).” Débora

É comum associar a fertilidade a um ato de realização pessoal, mas, ao contrário, a incapacidade de procriar pode representar um grande sofrimento. A infertilidade produz alterações na vida dos indivíduos nomeadamente no que se refere ao equilíbrio emocional, principalmente quando o desejo de ser mãe é um objetivo de vida importante (FONSECA; GUALHARDO, 2016; LINS et al., 2014).

8.2.1.2 Não desejavam, mas engravidaram

Para as mães mais jovens, a gravidez aconteceu sem que elas houvessem planejado e, provavelmente, por falta de prevenção.

“Minha gravidez não foi planejada, mas quando descobri fiquei muito feliz (...).” Lóide

“Eu tinha acabado de completar dezesseis anos, namorava e descobri que estava grávida! No começo assustei, fiquei com medo, mas minha família e a família do pai do meu filho nos apoiaram (...).” Rute

“Eu sempre quis ter um filho! Mas, minha gravidez não foi planejada (...) nós não evitávamos muito, e quando eu descobri, eu estava grávida de três meses (...).” Rebeca

Uma gravidez não planejada pode gerar sentimentos distintos na gestante, especialmente quando essa mãe ainda é uma adolescente. O fato de não ter sido planejada,

implica, direta ou indiretamente, uma surpresa iminente, quer seja positiva ou negativa. Quando o diagnóstico da gestação é confirmado, pode provocar mais emoções, desde alegria e bem-estar intensos, até tristeza profunda (RIBEIRO, 2009; RODRIGUES; LOPES, 2016; SANCHES,2013).

Outro ponto importante a ser destacado é com relação ao apoio oferecido pelas famílias dessas jovens mães, pois, segundo Ribeiro e Gualda (2011), o apoio familiar à gestante é capaz de permitir uma mudança de comportamento bastante significativa, desde os cuidados na gravidez e após o nascimento, favorecendo às novas famílias um ajustamento às necessidades, em busca do convívio harmônico. Também neste estudo, as colaboradoras evidenciaram aceitação da gestação e responsabilidade pela criação da nova família como um evento positivo que faz parte da vida de cada uma delas.

8.2.2 Intercorrências

Na subcategoria Intercorrências, as falas das mães revelaram significados distintos apreendidos, baseados em experiências vividas durante a gestação, e a descoberta da interrupção dessa gestação devido às intercorrências que levaram ao parto antecipado. Essa subcategoria se divide em Período Gestacional sem intercorrência; Intercorrência gestacional levando ao parto prematuro, como segue.

8.2.2.1 Período gestacional sem intercorrência

A maioria das mães relatou uma gravidez normal, sem intercorrências até certo período gestacional. Considera-se que um ponto chave para um bom seguimento da gestação é o conhecimento das mulheres sobre a sua condição de saúde e da do bebê. Porém, algumas dessas mães não tinham conhecimento sobre a intercorrência que estavam vivenciando:

“(...) Porque para mim eu não tinha nada, estava tudo bem.” Joquebede

“(...) Eu estava bem, feliz (...).” Ana

“(...) Estava tudo bem, não estava sentindo nada(...).” Lóide

“Fiz acompanhamento todo mês, minha gestação foi bem tranquila, eu trabalhava normal (...) eu passei a gravidez inteira boa (...).” Débora

“(...) Comecei a fazer pré-natal, fazia tudo certinho! Durante a gravidez, minha pressão era normal (...).” Isabel

Grande parte dos fatores de risco relacionados às complicações gestacionais mais incidentes não se manifesta de forma isolada, mas se caracteriza como um conjunto de fatores

que desencadeiam distúrbios no decorrer deste período. Por esse motivo, os profissionais de saúde devem estar atentos à existência de fatores de risco e devem ser capazes de avaliá-los dinamicamente, de maneira a determinar a situação em que a gestante necessitará de assistência especializada. É no pré-natal que a equipe de saúde identificará fatores que podem influenciar negativamente na gravidez, sejam eles de ordem social ou biológica (BRASIL, 2012; CIDADE; MARGOTTO; PERAÇOLI, 2011).

Mesmo estando edemaciada, Rebeca não conseguiu perceber que algo estava errado em sua gestação.

“(...) com 34 semanas fui na consulta, acreditando que estava normal, não sentia nada, só estava inchada, mas achava que o inchaço era normal, afinal eu nunca tinha ficado grávida (...).” Rebeca

É possível compreender que a qualidade das informações fornecidas às mulheres sobre a gravidez durante o pré-natal pode ser insuficiente ou não compatível ao seu nível de entendimento. Porém, garantir o envolvimento da mulher com sua própria saúde, durante a gravidez, faz com que se sinta responsável por si mesma e pela saúde do seu bebê (SOUZA et al., 2007).

8.2.2.2 Intercorrência gestacional levando ao parto prematuro

Todas as mães relataram sentir algum sintoma que levou ao parto prematuro pouco tempo antes do parto, pois, como foi apresentado anteriormente, no início da gestação, em suas concepções, não havia fator de preocupação:

“(...) estava com 31 semanas, começou uma dorzinha de estômago, enjoo e fui no pronto socorro, minha pressão tinha subido muito e tive pré-eclâmpsia (...) sete meses.” Joquebede

“(...) com 34 semanas estourou a bolsa e eu estava aqui em casa, liguei para minha médica, porque eu ia fazer o parto particular, só que ela falou: “vai para o Hospital Regional (...).” Ana

“Eu estava com 32 semanas, (...) fui para fazer um exame e já fiquei para ganhar! Eu tinha perdido muito líquido (...). Minha médica me examinou e disse eu estava perdendo líquido e me deixou de observação (...) estava com menos de 5% de líquido (...).” Lóide

“(...) com 33 semanas comecei a ter muitas dores na parte de trás das costas, acho que eu fiquei umas três semanas com essas dores, fui ao hospital por conta dessas dores (...) eu tive infecção de urina (...).” Rute

“Com 34 semanas, fui à consulta (...) a médica mediu minha pressão, falou que estava um pouco alta, me afastou do serviço, me deu remédios e pediu um exame de proteinúria urgente (...).” Rebeca

“(...) Estava começando a sentir dor nas costas, na bacia. (...) Minha pressão tinha subido um pouco também (...) na 31ª semana minha médica fez o exame de toque, eu estava com 2 cm de dilatação, (...) minha bolsa estava com uma

rachadura e estava vazando, então a bebê ia nascer mesmo (...).” Débora

“(...) Quando chegou na 28ª semana, comecei a sentir mal, dor de cabeça, ânsia de vômito; pensei: “Meu Deus! Acho que eu estou tendo uma pré-eclâmpsia, eu pensei e era (...).” Isabel

Para a maioria dessas mães, a intercorrência só foi reconhecida mediante a hospitalização pela gravidade clínica ou pelo iminente parto prematuro (SOUZA et al. 2007).

A idade gestacional em que ocorreu o nascimento dos bebês variou entre 28 e 34 semanas. Segundo Hockenberry e Wilson (2011), o RNP pode ser classificado conforme o grau de prematuridade, denominando-se prematuros limítrofes os nascidos entre 36 a 37 semanas; moderadamente prematuros, os nascidos entre 31 a 36 semanas, que foi o período em que quase todas as mães entraram em trabalho de parto; e os extremamente prematuros, nascidos de 24 a 30 semanas, que foi a situação vivenciada por Isabel. O nascimento dos recém-nascidos pré-termo moderados é similar quando comparado com outros estudos (BOZZETTO; GRAVE; PÉRICO, 2013; BRUSCO; DELGADO, 2014).

As participantes referiram alguns sintomas antes da hospitalização como dores de estômago, dor lombar, enjojo, vômitos, aumento da pressão arterial, perda de líquido amniótico, edema e alteração no exame de proteinúria. As principais intercorrências clínicas identificadas nos nascimentos prematuros destes estudo foram amniorrexe prematura; Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) e infecção do trato urinário (ITU). Essas patologias também foram evidenciadas em outros estudos (ALMEIDA et al., 2012; TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015).

De todas as patologias identificadas nestes estudo, a hipertensão foi a mais frequente. A pré-eclâmpsia e a eclâmpsia são as duas formas clínicas principais da SHEG. Como sua etiologia ainda é desconhecida e a sua cura só ocorre após a expulsão da placenta, é importante que os profissionais de saúde estejam familiarizados com os seus sinais e sintomas (hipertensão, edema e proteinúria), a fim de detectar precocemente casos desse distúrbio. A SHEG é caracterizada como ocorrência de Pressão Arterial Sistólica igual ou maior que 140 mmHg e/ou a Pressão Arterial Diastólica igual ou maior que 90 mmHg, juntamente com edema e/ou proteinúria, caracterizada como a presença de 300mg ou mais de proteínas encontradas na urina coletada em 24 horas (ZUGAIB; FRANCISCO, 2016). A essência do início da SHEG está em uma falha na segunda onda de invasão do trofoblasto no tecido endometrial no leito placentário, a qual ocorre no período da 16ª até a 20ª semana gestacional, que não permitiria dilatação das artérias que suprem o útero devido ao aumentado fluxo sanguíneo para este órgão na gravidez, prevenindo um aumento na pressão da gestante. Os sintomas principais das SHEG são cefaleia, tonturas, dor epigástrica ou no quadrante superior direito, náuseas e vômitos, edema, cianose;

sintomas semelhantes foram relatados pelas mães dessa pesquisa (ALMEIDA et al., 2012; HASSE, 2016).

A amniorrexe prematura foi a segunda causa do nascimento prematuro. Pode ser listada como um dos fatores de risco obstétricos para a ocorrência de um parto prematuro. Essa complicação obstétrica consiste na ruptura das membranas ovulares – âmnio e córion – antes do início do trabalho de parto, o que pode levar à consequente perda de líquido amniótico (oligoidrâmnio). Quando esta ocorre antes de 37 semanas de gestação, é denominada Ruptura Prematura de Membranas Prétermo. O líquido pode ser transparente e de odor característico, seminal ou a hipoclorito de sódio; pode ter cor amarelada ou esverdeada (mecônio); ou ser purulento, se há infecção ovular. Quando a perda de líquido não é evidente, procede-se a um exame especular estéril com mobilização do polo fetal e manobra de Valsalva para a detecção de saída de líquido pelo orifício cervical. Na ausência de líquido amniótico, o desfecho fetal não é bom, sendo que, nesses casos, infelizmente, os partos prematuros e as mortes neonatais são comuns (BRASIL, 2012; FEBRASGO, 2013; LEVENO et al., 2014; SILVEIRA et al., 2014; ZUGAIB; FRANCISCO, 2016).

A ITU é a terceira ocorrência clínica mais comum em mulheres grávidas, devido às mudanças anatômicas e fisiológicas do trato urinário, acometendo de 10 a 20% das gestantes. A ITU pode atingir o trato urinário baixo (cistite) ou afetar o trato urinário superior, sendo que, neste caso, utiliza-se o termo infecção urinária alta ou pielonefrite. A maioria das ITU é causada por espécies bacterianas; as consequências da ITU nos perinatais vão desde o nascimento prematuro até o óbito perinatal (DUARTE; ARAÚJO, 2012; NASCIMENTO; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2013; PEREIRA; BORDIGNON, 2011).

A gestação é um processo fisiológico, porém, em alguns casos, pequena parcela de gestantes, por serem portadoras de alguma doença, por sofrerem algum agravo ou por desenvolverem problemas, apresentam mais probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Dentre as principais complicações de uma gestação considerada de alto risco, destaca-se o parto prematuro ou pré-termo, pois este é a condição mais desfavorável para a sobrevivência do bebê fora do útero. No entanto, em algumas circunstâncias, é um desfecho inevitável, como no caso dessas participantes (BRASIL, 2013; CASCAES et al., 2008; MENETRIER; ALMEIDA, 2016).

8.2.3 Experiência do Parto

Nessa subcategoria todas as colaboradoras revelaram como vivenciaram a experiência

do parto:

“(...) Eu estava tranquila, (...) quando estava no processo para fazer a cesárea (...) não estava muito preocupada (...).” Joquebede

“(...) Os médicos do hospital do SUS atenderam a gente muito bem, só demoraram umas 24 horas pra fazer minha cesárea, mas acho que é procedimento que eles fazem com todo mundo, eles queriam que eu tentasse o parto normal, mas não tive dor, nem dilatação, então fui para a sala de cesárea (...).” Ana

“Minha médica me internou e já fez a cesariana. Eu fiquei muito nervosa na hora do parto (...).” Lóide

“(...) Quando fui para o hospital, apresentava estar calma, mas por dentro eu estava muito nervosa (...). Me ‘prenderam’ na mesa de cirurgia, e tive um pouco de medo, mas o anestesista ficou bem próximo de mim, conversava comigo, e fiquei mais tranquila. Fizeram minha cirurgia, correu tudo bem, ela nasceu (...).” Rebeca

“(...) Eu fiquei com medo (...) Eu escolhi a cesariana (...) optei pela cesariana, por medo de não aguentar até o final, ou prejudicar minha filha ainda mais, já que estava perdendo líquido (...).” Débora

“(...) Meu marido estava comigo, mas não pôde assistir ao parto porque eu tive crise convulsiva! Só vi que a médica ‘mediu’ minha pressão, depois não vi mais nada (...).” Isabel

Os sentimentos relatados frente ao momento do parto da maioria foram de origem negativa como: medo, nervosismo, dor e sofrimento; e apenas Joquebede disse estar tranquila. Esse fato corrobora o estudo de Oliveira et al (2014). É comum que muitas mulheres vejam o parto como um momento traumático, relacionando-o a um processo doloroso, associado a outros sentimentos negativos. Esses sentimentos geralmente podem estar ligados às alterações hormonais e fisiológicas da gestação que vão interferir nas mudanças emocionais e comportamentais da parturiente. Outro fato é que o desconhecimento acerca do processo de nascimento gera sentimentos negativos e impotência no trabalho de parto, ou seja, a vivência de sentimentos negativos pode ocorrer por falta de explicação dos procedimentos ou por não entenderem o que se passa em seu redor; ao sentimento relacionado com os aparelhos e utensílios, sem entenderem para que servem; bem como à vivência de situações de emergência sem que ninguém lhes explique o que está a acontecer (COUTINHO et al., 2014; FRANCISCO et al., 2015; MILBRATH et al., 2010; RONCONI et al., 2010).

A maioria dos partos ocorreu no mesmo hospital público, uma instituição onde se prioriza o parto natural, porém não foi realizado nessas mães devido às patologias gestacionais. Isso ocorreu porque, de modo geral, a indicação de uma cesariana deve ser feita mediante o diagnóstico de intercorrências durante a gestação ou o trabalho de parto, havendo possibilidade limitada de agendamento de cesariana a pedido da mulher (DOMINGUES et al., 2014).

Apenas Rute teve parto natural, sendo relatado por ela como um parto muito difícil.

“(...) Fui sentindo dor, gritava e rolava de dor! Como fazia muito tempo, os médicos viram que eu estava sofrendo demais e me falaram que iriam fazer uma anestesia peridural (...) Não sentia as pernas! Nada! Eu falei, meu Deus do céu, e agora?! Como que eu vou fazer força? Fazia força e nada (...) Na hora que uma subiu em cima de mim e apertou minha barriga, a outra trouxe minha mão para trás do ferro, e ele nasceu (...).” Rute

É possível identificar nessas falas que essa mulher sofreu violência durante o trabalho de parto. Sabe-se que, apesar de ser muito discutida a questão da humanização do parto, infelizmente, ainda são recorrentes as situações de abuso, de desrespeito, de negligência e de maus tratos vivenciados por grávidas durante o trabalho de parto. Apesar de essas violações terem chances de acontecer em qualquer fase da gravidez, é no parto que essas mulheres se encontram mais frágeis e susceptíveis a tais acontecimentos. Na fala de Rute, foram identificadas várias situações de violência obstétrica, e uma delas é a chamada de manobra de Kristeller, que consiste em uma manobra a qual é exercida por outra pessoa, uma pressão sobre a porção superior do útero, no intuito de fazer o bebê nascer mais rapidamente. Porém, essa tentativa de agilizar o processo pode trazer prejuízo tanto para a mãe quanto para o bebê. A mãe pode fraturar as costelas e também pode haver descolamento da placenta; já o bebê, pode sofrer traumas encefálicos (COFEN, 2017; PEREIRA et al., 2016; SILVA et al., 2017).

As mães Loíde e Débora tiveram seus filhos em uma maternidade particular, de parto cesariana. Débora ainda ressaltou que a decisão pelo parto cirúrgico foi dela. Dentre os motivos que influenciaram seu processo de decisão, estão medo do parto, ansiedade, angústia, questões pessoais, padrão social, histórico de problemas em partos anteriores e complicações clínicas ou obstétricas. Há também o medo de dano ao próprio corpo ou ao RN, além do medo da dor. Frequentemente, os autores relatam que as opções pela cesárea ocorrem em razão do desejo, por parte da gestante, de evitar dor e sofrimento (BENUTE et al., 2013; FERRARI, 2010; KASAI et al., 2010).

8.2.4 Pós-parto

Nessa categoria todas relataram que não tiveram contato físico com o bebê após o nascimento, pois a maioria só conseguiu ver o filho de perto horas depois. Segundo Carvalho et al (2007), o parto é o momento mais esperado pela gestante e, quando acontece de o bebê ser levado para a UTIN ou para outro setor, a mãe experimenta a ausência do bebê, como revelado nos discursos:

“(...) Na hora em que ele nasceu, que eu escutei o chorinho, o médico veio e me mostrou e parece que acalmou meu coração! Sabe quando parece que vão embora todas as preocupações? Você escutou que teu filho está vivo, que está

bem, aliviou, e eu desmaiei! Eu dormi um dia e uma noite, sem acordar (...)
Joquebede

“(...) Não tive aquele contato igual todo mundo tem na hora que ele nasceu, só fui ver no outro dia, às 10 horas (...).” Ana

“(...) A pediatra tinha avisado que ele ia nascer e eu ia escutar só o chorinho dele, e os médicos iriam tirar ele rápido do centro cirúrgico, para levar para a UTI. Mas eu fiquei tão nervosa que esqueci disso (...) só consegui ver ele no outro dia, na UTI (...).” Lóide

“(...) Ele nasceu com o cordão umbilical enrolado no pescoço e ele já estava roxinho, já não estava mais com ar, saíram correndo com ele, colocaram no oxigênio e foram para a UTI (...) eu fiquei lá no centro cirúrgico, não sabia o que eu fazia (...) Depois, fui para a maternidade, tomei um banho e fui à UTI (...).” Rute

“(...) Os médicos me mostraram rapidinho e levaram para o berçário (...) Ela nasceu oito da manhã e eu só a vi às nove da noite na UTI (...).” Rebeca

“(...) O pediatra me mostrou (...) fui vê-la, depois que melhorei da anestesia, por volta de meia noite, ela já estava sedada e entubada (...).” Débora

“(...) Só acordei muito tempo depois e já era noite; meu marido me contou tudo: que ele tinha nascido e estava na UTI; eu falei que queria ir à UTI ver, mas os médicos não deixaram (...).” Isabel

O cuidado de favorecer o contato pele a pele entre mãe-filho, logo após o nascimento e antes mesmo de cortar o cordão umbilical, proporciona benefícios físicos e psicológicos para ambos. Esse contato tem como objetivo primordial acalantar o RN, estabilizar sua temperatura corporal pela transmissão de calor obtido da mãe, e também proporcionar à puérpera calma e segurança por estar próxima do seu filho, reduzindo-se, assim, a ansiedade e o medo que podem surgir se forem separados nesse momento tão íntimo. Devido às condições clínicas dos RNP deste estudo, essas mães não puderam usufruir desse método. Para a maioria, o que aconteceu foi um contato visual muito rápido ou somente ouvir o som do choro do filho (BRASIL, 2012; FONSECA; JANICAS, 2014).

Tanto o trabalho de parto como o parto, são fenômenos que envolvem um conjunto de incertezas e de preocupações que culminam com o nascimento da criança. Dessa forma, a mulher reage ao que lhe é oferecido de maneira positiva ou negativa. Esses sentimentos que envolvem o processo de nascimento são bastante significativos para a parturiente. Vale destacar que, entre os fatores potencialmente traumáticos, o impacto do parto prematuro dificulta a elaboração da separação do momento do parto, uma vez que frustra a expectativa da imediata relação mãe-bebê; além disso, pode interferir na lactação e no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê (OLIVEIRA et al., 2010; PONTES; CANTILLINO, 2014).

8.2.5 Alta materna

Nessa subcategoria, as colaboradoras revelaram sua vivência da separação do filho prematuro. Essas mães ficaram hospitalizadas na maternidade por alguns dias, e aproveitavam todo tempo que lhes era permitido para permanecer com seus filhos, porém, quando o vínculo afetivo começa a acontecer, novamente se desestruturam com a notícia de sua alta. O fato de ter que deixar o hospital e voltar para casa sem o bebê trouxe novamente sentimentos negativos.

“(...) Eu vim embora cinco dias depois do parto, ele ficou lá no hospital! Dois meses e quinze dias! Por isso que não foi o sonho! Na verdade, o sonho de toda mãe é ganhar o seu filho e vir embora com ele nos braços, mas ele não, ele ficou no hospital (...).” Joquebede

“(...) Lembro que, na primeira noite saí do hospital e vim embora para casa, cheguei aqui já tinha visita e me perguntaram do neném, eu comecei a chorar (...) Olhava no berço e nada dele, fiquei a noite inteira acordada, pensando nele no hospital; não via a hora de chegar no hospital. (...) Eu não queria vir embora, minha vontade era ficar lá com ele (...) Nas primeiras noites, eu chorava muito porque não estava com ele, me perguntava por que eu vim embora de alta e ele não. Isso me marcou muito (...).” Ana

“(...) O pior de tudo foi quando eu tive alta. Enquanto eu estava no hospital, eu ia lá na UTI vê-lo nos horários de visita, mas quando a médica falou que eu estava de alta. Ah! [Suspirou] foi muito triste! Porque chegar em casa, e ver tudo montado e ele não estar junto comigo, foi uma tristeza muito grande! Mas como se diz, a gente tem que aguentar, fazer o quê?! Mas é horrível, é muito triste, não tem explicação, só a gente que passou que sabe o que é! É muito triste! Eu cheguei em casa, minha mãe que me trouxe, eu não queria entrar, para não ver as coisas dele que estava quase tudo montado, eu não queria ver sem ele estar junto (...) eu comecei a chorar muito, perguntava: por que que ele não estava junto comigo (...).” Lôide

“(...) Eu imaginava que eu entraria no quarto com ele, que eu seria a primeira a dar o banho, foi bem difícil. No dia seguinte, já tive alta e ele ficou, o caso dele era bastante grave (...).” Rute

“(...) Quando a médica veio e me deu alta, eu chorei muito, por saber que eu ia sair e ela ia ficar no hospital! É uma coisa muito difícil! (...) Me deu um aperto no peito, uma angústia, um sentimento muito ruim! Na hora que eu cheguei em casa, eu tinha medo até de dormir e o telefone tocar com alguma notícia! Foi muito difícil saber que eu estava aqui e ela não (...).” Rebeca

“(...) Não quis ficar na minha casa por causa do quarto dela, eu não queria entrar lá, ainda mais que no quarto que a gente montou para ela, tem o nome dela grande na porta! Então, era muito difícil ver e saber que ela não estava ali (...).” Débora

“(...) Minha pressão foi normalizando e, depois de três dias, a médica disse que eu estava de alta, mas o neném ia ter que ficar. Eu queria tanto trazer ele para casa! Mas sabia que não iria ser naquele dia! Em casa, as coisinhas dele já estavam arrumadas, mas preferi ir para casa da minha sogra, fiquei lá 20 dias. As pessoas me falavam que se eu fosse pra casa sem ele, ia ser pior para mim. À noite, eu ficava andando para lá e para cá, rezando pra noite passar rápido, para eu poder voltar para o hospital (...).” Isabel

Normalmente, as mães planejam retornar para suas casas com seus filhos, porém a internação causa essa separação. Elas relataram o afastamento como sendo uma experiência de sofrimento, de angústia e de insegurança. De fato, a alta materna não é vista pela mãe como um momento de alívio pela saída do hospital, uma vez que representa também uma situação de dor pela separação do filho RN que ainda precisa permanecer internado. A separação do filho prematuro gera tamanha dor e sofrimento à mãe que a sua permanência no hospital, enquanto paciente devido à sua própria condição de saúde, passa a ser uma vantagem diante da mãe que recebe alta e precisa retornar à casa sem o filho. Essa vantagem é analisada sob a ótica da permanência integral com o filho, deixando explícito que, diante do nascimento, o binômio mãe-bebê se estabelece de imediato, tornando-os um único ser, algo inseparável e, por isso, torna-se dolorosa a necessidade de uma separação (ANTUNES et al., 2014; KRIEGER et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2013).

A realização do desejo acalentado ao longo de toda gestação, de voltar para casa com o filho idealizado e saudável, novamente foi adiada. A separação do filho, por ter que deixá-lo na UTIN, em um cenário cheio de aparatos tecnológicos, contribui para aumentar o desespero da família durante os dias de hospitalização, pois gera sentimento de tristeza e de medo. Essa separação representa mais uma barreira para a interação e para o vínculo inicial da mãe com o bebê, e este, por sua vez, também não consegue responder de maneira satisfatória aos estímulos dos pais, pois, no processo de hospitalização, o seu desenvolvimento se dá a partir da influência e da mediação da equipe da UTIN (BASEGGIO et al., 2017; COSTA; VILLAS BOAS; SANTOS, 2007; OLIVEIRA et al., 2013).

O objetivo do cuidado na UTIN é proporcionar ao bebê o foco do cuidado, toda a assistência necessária, objetivando a garantia das melhores condições para sua sobrevivência. Porém, durante esse processo de internação na UTIN, o vínculo entre mãe e filho é quebrado no momento da separação. Dessa forma, é importante que seja incentivada a aproximação e o apego mãe e filho, pelos profissionais da saúde, para que esse momento seja o menos traumático possível, contribuindo, assim, para o bem-estar psicológico de ambos (KRIEGER et al., 2014).

8.3 CATEGORIA 3- PREMATURIDADE

A categoria Prematuridade se divide nas subcategorias: Sentimentos maternos frente ao filho prematuro; Conflitos maternos; Vivência da mãe na UTIN; Fé.

8.3.1 Sentimentos maternos frente ao filho prematuro

Nessa subcategoria as colaboradoras demonstraram sentimentos com relação à prematuridade, pois o fato de ter um filho prematuro faz com que os pais passem por um processo de luto deste filho idealizado, sendo que esta situação poderá acarretar dificuldades de vinculação (BASEGGIO et al., 2017).

Quando as mães se depararam com os filhos na UTIN e no berçário prematuro, tiveram consciência real do que havia acontecido. A sua situação de gestante havia terminado, e elas estavam consideravelmente bem; porém se depararam com o filho frágil em um ambiente permeado de equipamentos e de profissionais de saúde. Nesse momento, elas descobriram que a prematuridade é algo comum, mas, ao mesmo tempo, de alto risco, necessitando de cuidados minuciosos para que não se tenham complicações ou sequelas irreversíveis.

Segundo Zani; Souza; Parada (2016), o fato de nascer precocemente faz com que os pais vivenciem nova realidade - a necessidade de hospitalização do filho. Isso gera sentimentos ambíguos de felicidade e de sofrimento, que vão desde a alegria pelo nascimento do filho e pelo fato de o mesmo estar vivo, até o medo e a angústia por não saber o que irá acontecer com ele. Os sentimentos maternos frente ao filho prematuro foram revelados por Loíde e Rute como uma percepção assustadora e negativa:

“(...) Quando cheguei na UTI, levei um baque! Porque não imaginei que iria ver ele daquele jeito! Com oxigênio no nariz, cheio de fios, roxinho! Eu imaginava que eu ia ver um bebê igual ao da minha mãe quando ela veio do hospital; de roupinha, enroladinho, mas não! Ele estava peladinho, só de fralda e uma touca na cabeça, parecia um ratinho mesmo (...).” Lóide

“(...) Fui à UTI e vi que a situação não era tão simples, tinha vários fatores, levei um susto! [Triste] Ele era muito pequenininho, estava entubado, com um tanto de fio ligado nele, peladinho, o corpo era todo ‘manchadinho’! Estava com infecção no sangue muito forte, que pegou de uma infecção de urina minha, que eu só descobri que passou para ele depois que ele nasceu e, na verdade, foi isso que ocasionou o nascimento antes da hora. Esse momento foi bem difícil (...).” Rute

Para Ana e Isabel, ver o filho na UTIN, permitiu uma percepção positiva:

“(...) Eu não imaginava como ele ia nascer (...). Eu não pensei em nada! Na hora que eu o vi, nossa! Eu não acreditei que era perfeitinho! No momento em que eu vi que ele era perfeito, quando eu o vi, foi muita alegria! Eu comecei a chorar (...).” Ana

“(...) Fiquei feliz por saber que ele estava bem, que, apesar de o meu filho ser prematuro, ele era esperto e saudável, e os médicos falaram pra mim que ele era muito esperto, estava feliz por ver que ele estava reagindo e ia ser meu mesmo! Fiquei muito tranquila porque os médicos me passaram segurança (...).” Isabel

É comum os pais construírem sonhos e esperanças em torno de um ser que eles gestam. Porém, quando se depararam com um nascimento prematuro, encontram um bebê pequeno e frágil, e, diante dessa situação, o sonho se desfaz. Diversos são os sentimentos dos pais relacionados ao bebê prematuro, incluindo sensação de fracasso, de orgulho ferido, de irrealidade, de culpa, de aparência física decepcionante, de bebê incompleto, de sensação de vazio, de medo e de ansiedade. Frente ao nascimento prematuro, os pais, ancorados na percepção de que esses bebês são frágeis demais e difíceis de serem cuidados, parecem ser influenciados em sua relação com os RNs (SANTOS et al., 2007).

Dessa forma, a primeira visita da mãe ao filho na UTIN caracteriza-se por ser o primeiro contato depois do nascimento, capaz de gerar uma série de significados que são especiais para ambos, tornando-se o momento em que ocorre o reconhecimento mútuo (KRIEGER et al., 2014; SIQUEIRA; DIAS, 2011).

8.3.2 Conflitos maternos

Nessa subcategoria as colaboradoras revelaram os conflitos vividos por cada mãe ao se deparar com a fragilidade do filho prematuro.

Como a prematuridade para essas mães não era esperada, na fala de Joquebede, é possível identificar que vivenciar a prematuridade foi algo muito amedrontador e que essa vivência ainda lhe traz conflitos pessoais:

“(...) O porquê disso? Eu questionei muito! O porquê de acontecer isso comigo, porque tinha que ser comigo? Por quê? Eu não sei! (...)As pessoas me perguntam: você quer ter outro filho? Eu falo: Não! [Risos]. (...) O medo de arrumar outro, não é pelo meu sofrimento, é pelo o sofrimento que essa criança poderá ter! Porque eu vi tudo que meu filho passou! Às vezes não vai ser nada igual, às vezes, pode me surpreender! Mas, só que o menino tem cicatriz no corpo (...) acho que as ‘sequelas’ ficaram mais presentes em mim no que nele (...).” Joquebede

Para as mães de prematuros, é comum afirmarem que não terão mais filhos, já que não querem correr o risco de sofrer novamente. Quando a mãe se depara com o RNP, percebe que essa criança traz consigo o emblema da fragilidade, da necessidade de cuidados especiais e de mecanismos de proteção diferenciados. São naturais os questionamentos acerca da percepção materna sobre a situação vivida, demonstrando suas potencialidades e fraquezas para lidar com a prematuridade. Mesmo Joquebede afirmando que não deseja ter outro filho, o mais aconselhado nesse momento de instabilidade emocional, seria o casal evitar tomar decisões importantes e decisivas (ANJOS et al., 2012).

8.3.3 Vivência da mãe na UTIN

Nessa subcategoria, todas as mães em alta hospitalar, mesmo morando em outro município, e no puerpério mediato, não deixaram de permanecer com os filhos hospitalizados o máximo de tempo que lhes era permitido. Durante o tempo que estavam com os filhos, todas conseguiram iniciar os cuidados básicos com estes:

“(...) Eu ia ver meu filho todos os dias (...) as enfermeiras foram me ensinando a cuidar. Quando ele começou a tomar banho, tinha dias em que me deixavam fazer (...). Depois, quando ele foi transferido para a pediatria, eu fazia os cuidados (...) eu dava meu leite pela sonda, porque ele ainda só se alimentava pela sonda, e estava aprendendo a sugar. Eu colocava meu leite na chuquinha ou no copinho, eu dava o banho, limpava, trocava, tudo bonitinho (...).” Joquebede

“(...) Nunca deixei ele sozinho durante o dia! Todo tempo que o hospital deixava eu ficava lá, eu gostei do atendimento dos enfermeiros, aprendi a cuidar dele olhando como eles faziam lá! Eles deixavam eu trocar, mas banho não (...). A enfermeira colocava o leite para passar e eu ficava segurando (...).” Ana

“(...) Depois que eu vim embora, eu ia no hospital duas vezes ao dia para vê-lo. Somente no dia em que ele foi para o quarto que as enfermeiras foram me ensinar como que eu ia cuidar dele e dar o leite no peito (...).” Lóide

“(...) Chegava antes das oito horas da manhã, e só saía do hospital nove, dez horas da noite. Enquanto os funcionários não falavam para eu sair, eu ia ficando (...). Lá na pediatria eu que cuidava, dava banho, à noite eu completava leite do peito com mamadeira, mas eu que tinha que fazer, porque as enfermeiras iam só pra dar a medicação (...).” Rute

“(...) Ela ficou duas semanas na UTI e uma semana no berçário, eu ia todos os dias. (...) Lá no hospital, não consegui dar banho nela nenhuma vez, eu só trocava fralda de vez em quando no berçário (...).” Rebeca

“(...) Ia para Pouso Alegre todos os dias às 8 da manhã e voltava às 18h30min. No hospital, eu entrava nos horários de visitas, das 10 às 10h30min; das 15 às 15h30min; e, como era um hospital particular, então eu não podia ficar com ela. Quando ela estava na UTI, dei banho nela uma vez (...).” Débora

“(...) Continuava indo todos os dias para vê-lo na UTI, eu não o deixei nenhum dia sozinho. (...) na UTI, no começo eu não fazia nada, ainda estava muito fraca, mas, com os dias, fui ficando forte e as enfermeiras viram que eu não tinha medo e, como eu sou da área da saúde, então me deixavam trocar, eu dava o leite pela seringa; na hora do banho, eu ficava com a mão na água para ele sentir meu contato, durante o dia eu ia no banco de leite e tirava o leite pra ele (...).” Isabel

As mães reconhecem que a internação demanda uma rotina entre a casa e o hospital. Assim, o cotidiano dessas mães mudou repentinamente após o parto, sendo necessário adaptar as tarefas de casa e da família à rotina de visitas ao filho internado. A rotina de ir e voltar para

conviver com o filho gera cansaço físico e psicológico para a mãe, entretanto elas parecem incansáveis (ANTUNES et al., 2014).

Quando a criança nasce prematura e necessita de cuidados na UTIN, a mãe geralmente passa a ser mera expectadora dos cuidados especializados prestados pela equipe de saúde. A visão de um cenário composto de tantas luzes, aparelhos, fios, profissionais especializados, estimulação sonora incessantemente presente, através de diversos alarmes e ruídos ensurdecedores, produz incerteza e insegurança na mãe em relação à vida do filho fora daquele ambiente. Porém, com o passar dos dias e com o convívio diário na UTIN, os pais vão se acostumando e percebendo que é um local de cuidados necessários para que o bebê melhore, afastando um pouco aquele medo e estranhamento. Diante disso, pode-se afirmar que o convívio diário dos pais no ambiente neonatal e as interlocuções que ocorrem com os profissionais da unidade vão enfraquecendo a sensação de hostilidade, fazendo com que aquele cenário tenha o seu peso diminuído (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010; KRIEGER et al., 2014).

Deve-se então incluir os pais, o mais precocemente possível, na prestação de cuidados ao filho, dotando-os de competências para o cuidar, fazendo com que estes conheçam melhor o RN e o reconheçam como um indivíduo. RNs prematuros e suas mães têm poucas oportunidades de começar a desenvolver uma relação de reciprocidade durante as primeiras semanas de vida e, com isso, a qualidade da relação mãe-bebê precoce pode influenciar em seu desenvolvimento posteriormente (PONTES; CANTILLINO, 2014).

É imprescindível destacar a importância de os profissionais desenvolverem competências comunicativas e de escuta eficaz para que o cuidado seja realizado de forma humanizada. Deve-se considerar que existe uma particularidade de adaptação de cada mãe e que uma escuta atenta, sensível e individualizada possibilitará ao profissional de saúde uma atuação efetiva e respeitosa, considerando-se as necessidades de cuidado às mães como seres singulares (ANTUNES et al., 2014).

Quanto à relação enfermeira/mãe, os enfermeiros precisam orientar, ensinar, apoiar e encorajar as mães a manusearem pela primeira vez os bebês. A orientação/educação da enfermeira, mostrando à mãe como pegar, vestir e alimentar o bebê, pode ser extremamente útil para ajudá-la a diminuir sua paralisia da maternagem. Em certo sentido, o enfermeiro assume o papel da própria mãe, ensinando para essas mulheres as técnicas básicas para os cuidados do bebê (BARROSO; PONTES; ROLIN, 2015).

Nesse estudo, os relatos das mães destacaram o tempo em que permaneciam nos hospitais. As mães, cujos filhos estavam em uma UTIN do SUS, puderam ficar o dia todo, e algumas ainda conseguiram ultrapassar o horário permitido, ficando até que os profissionais

percebessem sua presença e pedissem para se retirarem. No cotidiano das unidades neonatais, também é comum não se permitir a presença da mãe o dia todo como foi o caso de Loíde e Débora, que, por estarem em uma maternidade particular, tinham permissão para ver os filhos apenas nos horários de visitas. Tal fato pode ser justificado por algumas instituições, devido à execução de procedimentos invasivos, ao horário da visita médica, ao espaço físico pequeno e à escassez de recursos humanos, entre outros (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Infelizmente, as mães não relataram terem sido instruídas, estimuladas ou incentivadas a realizar o método canguru durante o período de internação de seus filhos. Sabe-se que esse método foi desenvolvido com o objetivo de melhorar o vínculo mãe-bebê, melhorar a estabilidade térmica, melhorar o desenvolvimento do bebê, otimizar a alta, reduzir custos no cuidado perinatal e reduzir a mortalidade. Estudos comprovam que o método é propício para o crescimento e desenvolvimento saudável do bebê, contribui para a neuromaturação, melhora a maturidade autonômica e a resposta à dor, favorece a regulação ao estresse, regula o ritmo cardíaco e a termorregulação, produz a estabilidade fisiológica, protege de infecções, favorece o controle comportamental e desenvolve a interação mãe-bebê. A experiência de proporcionar o contato pele a pele também traz benefícios aos pais, pois pode amenizar emoções como sentimentos de culpa e de angústia por ter um filho prematuro, além de aguçar o instinto natural de proteção ao bebê, de melhorar a autoestima e intensificar o papel de família (ANDERZÉN-CARLSSON; LAMY; ERIKSON, 2014; BRASIL, 2011; FELDMAN; ROSENTHAL; EIDELMAN, 2014).

8.3.4 Fé

Nessa subcategoria todas as colaboradoras revelaram recorrer à fé em Deus como um apoio e suporte emocional para conseguirem lidar com a prematuridade e com a fragilidade do filho. A fé ajudou a compreender, a aceitar e a ter forças para enfrentar as situações adversas durante o processo de ser mãe.

Frente à ambiguidade de emoções com situações de alegria e de tristeza no nascimento e na hospitalização do filho, os pais buscam ajuda para enfrentar esse momento, não apenas junto aos profissionais de saúde, mas também no auxílio em sua fé e em crenças religiosas.

A fé se torna um suporte emocional para elas, servindo como fonte de cura e de sobrevivência do RN (ANTUNES et al., 2014).

“(...) Mas hoje o menino não tem nada, graças a Deus! Graças a Deus, eu passei! Graças a Deus, ele está aí, firme e forte (...).” Joquebede

“(...) Era só eu, meu marido, o bebê, e Deus cuidando! Foi o melhor presente que Deus me deu! (...)” Ana

“(...) Sempre fui muito religiosa e resolvi começar uma novena, só eu e meu companheiro. Era uma sexta-feira por mês, eu fazia meu namorado ajoelhar no pé da cama comigo e a gente rezava junto, era para ser os nove meses, só que, acabou que foi até os sete meses só [Risos]. (...) Quando eu descobri que estava grávida, eu sonhava e rezava para ter uma criança saudável, no período certo, com as semanas certas, que ele não tivesse tido esses problemas de nascer antes da hora, mas Deus quis assim, tudo bem (...) Meu filho, graças a Deus foi bonzinho e não dava trabalho (...)” Lóide

“(...) Meu maior medo eram as cólicas mesmo, mas, graças a Deus, ela quase não teve (...).” Rebeca

“(...) Graças a Deus, a gente veio para casa! Graças a Deus, se desenvolveu bastante, normal, e agora está tudo bem (...).” Rute

“(...) Graças a Deus, não pegou infecção, não pegou nada, foi muito bem cuidado! Eu tinha fé que ele ia ser meu! Eu pensava assim só! Graças a Deus, eu não tive complicação (...).” Isabel

Para essas mães, o nascimento prematuro e sua vivência como mãe foram uma determinação divina. Os símbolos religiosos, presentes em diferentes graus nas famílias, principalmente, quando se tem um filho hospitalizado, têm o poder de manter a expectativa positiva de melhora desse filho. A busca por ajuda espiritual está presente no processo de hospitalização para muitas famílias, independentemente de religião e/ou credo, diferindo na forma, na intensidade e no momento de início. A busca por essa ajuda passa por orações individuais, correntes de orações, promessas e consultas espirituais. As famílias sentem necessidade de pedir a Deus pela recuperação do filho e acreditam nas orações de parentes, de amigos e até mesmo de pessoas que não conhecem (SANTOS et al., 2007).

A devoção ou a religiosidade tem papel fundamental, quando alguém está passando por situações complicadas, especialmente por permitir a transferência de responsabilidade para alguém que é considerado maior, que pode cuidar verdadeiramente, mesmo quando o poder humano acaba. A religião desempenha importante papel em casos de hospitalização, de doença e de terminalidade. Algumas das práticas religiosas trazem efeitos positivos à saúde mental e física, pois ter religião e acreditar nela pode proporcionar maior controle interno perante as situações. O fato de acreditar gera no ser humano benefícios emocionais, como esperança e motivação. Desse modo, a religião tem sido usada por várias famílias como forma de enfrentamento de momentos estressantes, o que pode ser percebido nas falas das participantes, que se referem a Deus, à força que tiveram para vislumbrar a recuperação dos filhos (ARAÚJO; ZANI, 2015; BOUSSO et al., 2011; ZANI; SOUZA; PARADA, 2016).

8.4 CATEGORIA 4 - CUIDADOS MATERNOS

Na oficina da Boneca, todas as colaboradoras demonstraram como realizavam os cuidados ao filho prematuro no ambiente domiciliar.

Essa categoria se divide em subcategorias: Alta hospitalar do bebê e sentimentos maternos; Cuidados maternos domiciliares; Experiência no cuidado infantil; e Intercorrências do bebê no domicílio.

8.4.1 Alta hospitalar do RN e sentimentos maternos

A alta do RN era o momento mais esperado pelas colaboradoras. Sobre esta, sentimentos diferentes foram relatados:

“(...) Chegou um dia, ele estava bem e a pediatra disse que devíamos ir embora, porque estava na hora de esse menino conhecer a casa dele! Eu fiquei feliz, mas, ao mesmo tempo, muito preocupada por causa dos cuidados! (...) Quando ele chegou aqui em casa, começou a ficar muito cansadinho, com muita dificuldade de respirar! Então a chegada em casa foi ao mesmo tempo feliz, mas com muitas preocupações (...).” Joquebede

“(...) No dia em que cheguei em casa com ele, o choro foi de alegria! Minha mãe, meu pai, todos choraram muito de alegria! Foi uma alegria, porque eu queria sair daquele hospital o mais rápido possível (...).” Ana

“(...) No dia que o médico falou que ele estava de alta, foi uma alegria, não via a hora de pôr ele dentro do carro e trazer embora! Chegamos em casa, todo mundo feliz! No dia que nós chegamos, eu dei banho nele, coloquei ele na cama para trocar, ele olhava para a gente [se referiu a ela e ao marido] e deu um sorriso mais gostoso! Foi o primeiro sorriso dele, acho que ele também estava feliz em sair do hospital (...).” Lóide

“(...) Nossa! No dia em que a pediatra deu a notícia de que ela iria ter alta, foi uma coisa muito gostosa! Fiquei muito contente de saber que aquele pesadelo de hospital estava acabando! Mesmo com medo de não saber cuidar direito, eu fiquei feliz por saber que, agora sim, eu ia poder cuidar dela! Sem ter interferência de médicos, de enfermeiras (...).” Rebeca

“(...) Minha chegada em casa foi tranquila! Eu fiquei pensativa no começo porque tinha medo dele ficar doentinho! (...).” Isabel

Os principais sentimentos expressados por intermédio das falas das mães, com enfoque na felicidade, na preocupação, no choro, na alegria, no alívio e no medo. Na alta do bebê da UTIN, diante das expectativas da nova fase, a mãe experimenta sentimentos que podem ser positivos, negativos ou simultâneos (ESTEVAM; SILVA, 2016).

A alta hospitalar é um momento de grande expectativa para a família, principalmente para aquela que deverá receber em seu meio o bebê pré-termo, pois este, com suas peculiaridades, necessitará de um cuidado mais intenso, gerando, na mãe, obscuridades na

competência de cuidar. Porém, ir para casa é um novo obstáculo a ser enfrentado, pois, não importando a experiência adquirida com o filho, será um período problemático para os pais, porquanto estarão angustiados e muito assustados, já que agora serão eles os responsáveis pela segurança do bebê, e não mais a equipe da UTIN. Nesse cenário, observamos que algumas mães não se sentem aptas a levar seus filhos para casa como é o caso de Joquebede que, diante da alta hospitalar, se referiu a esse evento como preocupação ao assumir os cuidados necessários, mesmo após um longo período de internação; Rebeca e Isabel, que mesmo estando felizes, relataram sentimentos de medo (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010; GAÍVA; FERRIANE, 2001; NIETSCHE et al., 2012; RABELO et al., 2007; SCHMIDT et al., 2011).

Para que a família, e, especialmente, a mãe, consiga ter mais segurança e tranquilidade na volta para casa, é necessário que a equipe de saúde, nesse momento, esteja munida de paciência, de organização, de conhecimento e de competência para auxiliar no processo de transição em que a mãe se encontra, orientando-a na responsabilidade e na dedicação frente ao estado de saúde do bebê. Um planejamento eficaz da alta hospitalar assegura a continuidade dos cuidados do hospital dentro do lar e evita que os medos e ansiedades possam repercutir de forma negativa nessa nova família (ESTEVAM; SILVA, 2016; NIETSCHE et al., 2012; RABELO et al., 2007; SCHMIDT et al., 2011).

8.4.2 Cuidados maternos domiciliares

Nessa subcategoria, as colaboradoras revelam suas experiências vivenciadas durante o cuidado domiciliar. Após a alta, as mães se deparam com a necessidade de execução do cuidado integral aos filhos:

“(...) Eu sempre troquei as fraldas, dava mamadeira com ele sentado por causa do refluxo. Eu ficava acordada até ele arrotar e nem sempre ele arrotava! Eu tinha muito cuidado, ficava só ao lado dele porque ele tomava muitos remédios! De hora em hora, tinha medicamento! Os cuidados eram esses e ainda tinha alimentação, banho, troca, mas ele nunca teve assadura! Toda troca de fraldas eu sempre passava e passo pomada. (...) Eu fazia muita massagem nele para cólica. E por causa do refluxo, ele vomitava muito, mas eu limpava tudo! Muitas noites fiquei sem dormir! [risos] Era como se eu estivesse no piloto automático (...).” Joquebede

“(...) Era mais eu que cuidava! Meu marido tinha que dormir para trabalhar no outro dia! O primeiro impacto foi meio assustador, porque eu olhava ele daquele tamanho, não imaginava que eu iria dar conta de cuidar, parecia que eu não ia conseguir! Dei banho igual eu via as enfermeiras no hospital. Eu cuidava dele a noite inteira, fazia como um ninho com flanela e travesseiro, igual do hospital! Eu o colocava na minha cama e a gente passava a noite! Foi assim, de 2 em 2 horas, colocava o relógio pra despertar, para dar mamadeira, trocava! Tiveram momentos em que eu dormia com ele

no colo! [Risos]. Lembro-me que quando ele chegou em casa o umbigo ainda não tinha caído, e eu curava com álcool e colocava a fralda dobrada (...).”
Ana

“(...) Eu fiquei muito nervosa! [risos] Porque eu nunca tinha pegado uma criancinha daquele tamanho! Fiquei com mais medo de dar banho, como não podia ter visita, fiquei na minha sogra e lá tive que fazer tudo, porque não tinha ninguém para fazer por mim! As primeiras semanas após a alta foram bem difíceis! Foi muito difícil, pelo fato de cuidar dele daquele tamanhinho, para dar banho eu ficava com medo de derrubar, escorregar da mão! Na hora de dar o peito, tinha medo que ele se afogasse com o leite! Eu dava o remédio certinho para ele, tinha que acordar de madrugada! Eu também tinha muito medo de dar o remédio! Eu tinha medo de que pudesse engasgar, vomitar, ir leite para seu pulmão, mas eu dava o leite! Eu fazia tudo mesmo! Como ninguém podia vê-lo, ninguém também me ajudava! (...).” Lóide

“(...) Como eu já tinha ficado 10 dias com ele na pediatria, eu mesma cuidava quando cheguei em casa. A primeira noite foi bem difícil! As primeiras noites, ele não estava acostumado, porque estava acostumado a dormir lá no hospital e aqui era outro ambiente. Quando ele chegou em casa, lembro que nem dormi direito, porque ele acordava de meia em meia hora. Não conseguia dormir no bercinho, chorava toda hora, eu dormia com ele no colo, encostada num urso de pelúcia. De manhã eu acordava parecendo um zumbi [risos]! Não conseguia fazer nada dentro de casa nas primeiras semanas, porque eu também não estava acostumada com ele ainda; então ficava só com ele (...).”
Rute

“(...) Eu trocava, acostumei dar o banho, ela mamava só em mim! Eu não tinha noção nenhuma de como eu ia cuidar dela! (...) Eu não tinha experiência nenhuma! Eu tinha medo, às vezes, de que ela tivesse cólica, ou que tivesse alguma coisa e que eu não saberia identificar! (...).” Rebeca

“(...) Ela sempre foi muito tranquila, não chorava nem quando estava com fome, nem quando estava molhada, eu que vivia a acordando. [Risos] (...) Os quatro primeiros meses foram eu e ela em casa! Eu que dava banho, trocava, fazia tudo! Nunca tive medo de fazer ou receio de acontecer alguma coisa (...).” Débora

“(...) Em casa foi bem, porque eu já acostumei a cuidar dele no hospital! Não tive dificuldade, não, para cuidar dele! Eu via o jeito que os enfermeiros mexiam com ele e foi tranquilo graças a Deus! Eu ficava em volta dele e, de três em três horas, eu trocava a fraldinha, eu o amamentava, igual o que eu fazia lá no hospital! Foi tudo certinho! Foi tranquilo (...).” Isabel

Débora e Isabel relataram não ter tido dificuldades em realizar os cuidados ou em adaptar-se à nova rotina com os filhos; porém as outras relataram dificuldades relacionadas aos cuidados cotidianos como dificuldade com o banho devido ao tamanho do bebê, medo de possíveis engasgos e cólicas, e dificuldades para dormir.

Essa percepção de que o filho prematuro demanda cuidados redobrados não é irreal. Existe a demanda de maior atenção aos cuidados alimentares pelo risco de aspiração e de refluxo gastroesofágico, mais comuns nesse grupo de crianças. O próprio manuseio da criança nas primeiras semanas é mais delicado devido à sua natural hipotonia muscular, como no caso de Loíde que revelou medo de dar banho no filho no início dos cuidados. Muitas crianças

recebem alta em uso de vários medicamentos, fato que também implica maior atenção e dedicação por parte dos cuidadores. Mesmo as mães que receberam orientações ao longo da internação dos filhos, sentem-se inseguras e com dificuldades nos momentos iniciais, como foi o caso da maioria dessas mães (ANJOS et al., 2012; SOARES et al., 2010).

A chegada ao domicílio com o bebê representa o rompimento com o mundo da internação e gera situações próprias do contexto domiciliar. É possível observar na fala da maioria das mães de que houve várias mudanças na rotina da casa e da família, o que no início é bastante comum, pois a chegada da criança com complicações de prematuridade no domicílio e a necessidade de cuidados específicos trazem mudanças ao cotidiano familiar, ao trabalho e à vida social (FROTA et al., 2013; GOMES et al., 2016).

Algumas mães relataram que a dificuldade para dormir e a falta de experiência nos primeiros dias dificultam o cuidado com o prematuro. As lembranças da instabilidade de saúde do filho durante a internação na UTIN abalam as mães, levando-as a acreditar que algo de ruim pode acontecer com o bebê. Por outro lado, o ato de cuidar do bebê no domicílio e o fato de tê-lo perto geram satisfação inexplicável. Isso faz com que o trabalho de cuidar do filho prematuro seja mais aprazível. Presenciar a vinda do bebê ao domicílio leva a família a arquitetar um futuro, criando esperanças em relação ao estudo, ao trabalho e à vida social estável, mudando, assim, o modo de viver (FROTA et al., 2013; SIQUEIRA; DIAS, 2011).

Ainda é possível observar que algumas mães executavam os cuidados parecidos aos executados na UTIN. Isso porque, muitas vezes, elas não ficavam somente observando os procedimentos, mas aprendendo as minúcias da estratégia de cuidar (RABELO et al., 2007).

8.4.3 Experiência no cuidado infantil

Apenas uma das colaboradoras é mãe pela segunda vez, o que proporcionou maior segurança com relação aos cuidados maternos prestados; porém outras relataram ter alguma experiência no cuidado infantil com irmãos mais novos e sobrinhos, como podemos observar nos relatos seguintes:

“(...) Eu já sabia como era, porque já tenho uma filha. As minhas duas gestações foram parecidas. Mas na segunda a gente está mais experiente; na primeira, a gente fica insegura porque não sabe muita coisa ainda. Mas, na gravidez da minha filha, eu, mesmo estando com a pressão alta, ela nasceu de parto normal, de nove meses, não ficou internada! No parto normal, eu saí andando e na cesariana eu fiquei mais amarrada (...).” Isabel

“(...) Eu até já tinha costume de cuidar de criança, porque eu cuidei do meu sobrinho que está com cinco anos. Fui com minha irmã para o hospital, e cuidei do meu sobrinho nos primeiros dias, dava mamadeira, trocava fralda,

então eu sabia fazer quase tudo! No meu sobrinho, eu só não dava banho (...).” Ana

“(...) Eu até tinha ajudado minha mãe a cuidar do meu irmão caçula, mas não foi a mesma coisa que cuidar do meu filho (...).” Lóide

“(...) Acho que não tive dificuldades em cuidar dela, porque cuidei da minha irmã mais nova, nossa diferença de idade é muito grande, então eu sempre ajudei minha mãe (...).” Débora

É comum muitas mães relatarem sentimentos de tranquilidade em função de já terem tido uma primeira experiência. A partir da segunda gravidez, como Isabel, a vivência de cuidado remete às experiências anteriores e ajuda no cuidado atual.

Ou seja, as experiências de cuidado a um bebê, mesmo que não seja especificamente como mãe, mas, como irmã ou tia, também podem ajudar a nova mãe a ter mais segurança na execução dessa ação (VIVIAN et al., 2013).

8.4.4 Intercorrências do bebê no domicílio

Nessa subcategoria, a maioria das mães revelou as intercorrências dos bebês no domicílio, ressaltando o estresse dessa vivência:

“(...) Na segunda semana que ele estava em casa, ele engasgou, perdeu o sentido, amoleceu, ficou branco, nossa! Eu falei: o menino morreu! Saí correndo para o ponto socorro. (...) estava com tiragem para respirar. Permaneceu internado quatro dias no hospital, foi nessa época quando nós descobrimos que ele tinha laringomalácia (...).” Joquebede

“(...) Lembro que quando ele chegou em casa o umbigo ainda não tinha caído, eu curava com álcool e colocava a fralda dobrada, mas, mesmo assim, ainda molhava (...) o umbigo começou a ficar úmido dando a impressão de que tinha mau cheiro (...) Levei no Posto de Saúde e a enfermeira me orientou a deixar livre e enrolar na gaze, mas não adiantou muito. Até que, no dia em que o umbigo caiu, parecia que não estava seco ainda para cair! (...) Ele estava com 40 dias, nós descobrimos que ele estava com bronquiolite e teve que ficar internado novamente. Ele ficou dois dias só, depois teve alta e tomou remédio em casa (...).” Ana

“(...) Eu passei um susto com ele uns 15 dias depois da alta! Eu estava amamentando, e quando o coloquei para arrotar, ele esguichou o leite de volta bem amarelo! Eu fiquei muito preocupada! Eu o levei na pediatra e ela falou que era refluxo, e passou remédio (...).” Lóide

“(...) Com sete dias que ela estava em casa, eu a levei para tomar as vacinas, a enfermeira disse que poderia dar febre e que se desse, eu poderia dar Tylenol. Depois disso, ela respirava e dava pra ver as costela! Eu a levei à pediatra daqui correndo, e a médica disse que ela estava tendo uma crise respiratória grave (...).” Débora

É possível observar que a maioria desses bebês apresentou intercorrências no primeiro mês de alta hospitalar, e três deles tiveram que ser novamente hospitalizados. O RN prétermo

é vulnerável a um amplo espectro de morbidades. A mortalidade e o risco de sequelas em longo prazo são tanto maiores quanto menor for a idade gestacional do RN. As morbidades resultantes das diversas complicações médicas da prematuridade podem contribuir para reinternações e resultar em déficit de crescimento, em atraso no neurodesenvolvimento e em maior taxa de mortalidade em longo prazo (BRASIL, 2011).

Para tentar minimizar os casos de reinternação dos prematuros, atualmente, um dos critérios incluídos é a capacitação da família no momento de levá-los para casa, por meio de treinamento e de reconhecimento dos sinais que podem indicar perigo de vida ou problema de saúde o quanto antes, pois muitas vezes a família leva a criança para reinternação já em estado geral bem comprometido (HAYAKAWA et al., 2010).

Neste estudo, o cuidado domiciliar foi prestado exclusivamente pelas mães, sem assistência de nenhum profissional da Atenção Primária do município. Esse fato expõe um cenário onde não há vínculo entre a Atenção Primária e a família do RNP, o que poderia garantir a continuidade do cuidado efetivo e diferenciado a esses bebês e a suas famílias. O caminho das famílias de RNP ainda é marcado por fragilidade dos vínculos com os serviços de atenção básica e por barreiras de acesso a esses serviços, o que gera insegurança e insatisfação por parte da família e contribui para a não efetividade no seguimento da criança prematura (VIEIRA; MELLO, 2009).

8.5 CATEGORIA 5 - AMAMENTAÇÃO

A amamentação foi bastante discutida com as mães durante nossas oficinas e encontros. Apenas uma mãe teve resistência em oferecer seu leite ao filho, porque estava tomando medicamentos antidepressivos, que por sua vez não haviam sido contra-indicados pela equipe médica:

“(...) Meu filho não pegava no peito, por causa da sonda que ele estava na boca (...). A fonoaudióloga o avaliou, e foi ela quem mais me segurou lá no hospital. Acho que foram uns três dias a mais, só porque ele não sugava o leite no peito. Nossa! Nesse dia fiquei brava! (...) Eu tinha leite, mas nunca fui ao Banco de Leite. Eu tinha pouco leite e não empedrou, e por causa de tomar muito remédio eu nem insisti! Preferi dar o leite de lata! Eu já tinha isso em mente, como eu tomava os remédios fortes de depressão, não queria amamentar, tinha medo de passar pra ele, mesmo os médicos falando que não tinha problema (...).” Ana

As demais mães relataram que, mesmo não amamentando seus filhos no peito, elas procuravam o Posto de Coleta para retirar seu leite e oferecê-lo aos filhos através de sondas ou copinhos enquanto estavam internados, e em casa a maioria continuou amamentando.

“(...) Eu saia daqui às seis e meia da manhã para chegar lá às sete e tirar o leite no Banco de Leite para ele. Davam meu leite para ele. Os dois meses e quinze dias em que ele ficou na UTI ele mamava o meu leite (...).” Joquebede

“(...) Quando ele estava na UTI, os enfermeiros tiravam meu leite, colocavam na seringa e passavam na sonda (...) Na hora de dar o peito, tinha medo que ele afogasse (...).” Loíde

“(...) A fonoaudióloga me ensinou a colocar ele para sugar no meu peito e ele pegou de primeira! Foi bem legal! [Risos] Ele foi crescendo, o meu leite foi sustentando! Ele está com um ano e oito meses e ainda mama em mim (...).” Rute

“(...) Comecei a tirar o leite no banco de leite e eles davam para ela, mas, amamentar mesmo, em mim, foi só depois que ela foi para o berçário. Os funcionários começaram a colocar ela para mamar em mim, foram estimulando, até ela pegar bem! Ela mamava só em mim; na verdade, ela mamou em mim até ir para a creche, depois ela não quis mais (...).” Rebeca

“(...) A amamentação é de três em três horas; nos horários que eu estava lá, ela mamava em mim (...) Quando eu tive alta na terça à noite, meu leite já estava empedrando; antes de ela nascer, meu leite já pingava, tinha muito. (...) tirava na mão, porque lá não podia ser bombinha, colocava num vidro e deixava lá; eles davam enquanto ela estava de sonda. Antes de um mês, ela começou a mamar em mim (...). Quando ela estava com três meses, eu colocava o peito na boca dela, ela começava a dar ânsia de vômito. Eu tirei por minha conta e comecei a dar leite de lata e, para começar a trabalhar, tive que tomar remédio para secar (...).” Débora

“(...) Durante o dia na UTI, eu ia ao banco de leite e tirava o leite pra ele (...). Depois de 43 dias, foi para o berçário e começou a mamar em mim (...).” Isabel

Dentre as mães que começaram a amamentar na UTIN, apenas Joquebede não continuou a amamentação em casa, pois, segundo ela, o filho teve refluxo e seu leite secou. Loíde continuou a amamentação por apenas quinze dias após a alta e também informou ter parado pelo fato de o filho ter apresentado refluxo. A filha de Rebeca, aos quatro meses, e a de Débora aos três meses recusaram-se a amamentar no seio materno. Já os filhos de Rute e Isabel, continuaram a amamentação até o presente momento.

Sabe-se que o aleitamento materno é o mais natural e seguro para a criança pequena, devendo ser exclusivo até os seis meses de idade. O leite humano tem uma combinação única de proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas, assim como benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos e econômicos reconhecidos e inquestionáveis (AKRÉ, 1997; WHO, 2017).

O aleitamento está condicionado ao ato de o bebê sugar diretamente o seio, embora bebês que recebem leite ordenhado por meio da sonda ou copo, sejam considerados em aleitamento. As mães também acreditam que o fato de não poderem colocar o filho para sugar diretamente o seio, desde o início, leva-o a certo desinteresse pelo processo de amamentação.

Amamentar nem sempre é fácil. Amamentar prematuros é bastante desafiador, pois, por não apresentarem um controle adequado da sucção, da deglutição e da respiração, as nutrizes chegam a acreditar que não são capazes de amamentá-los devido as suas fragilidades. Para que o aleitamento materno ocorra de maneira prazerosa e eficaz, a mãe deve ser bem orientada pelos profissionais que atuam na UTIN (PEREIRA et al., 2015; SILVA; GUEDES, 2013; SOARES et al., 2016).

Um fato que gera estranheza na fala de Joquebede e de Rute é que ambas interromperam a amamentação devido ao refluxo gastroesofágico, pois uma das manifestações gastrointestinais mais comuns na infância é o refluxo gastroesofágico (BRASIL, 2011). Nas crianças amamentadas no peito, os efeitos do refluxo gastroesofágico costumam ser mais brandos do que nas alimentadas com leite não humano, devido à posição supina do bebê para mamar e aos vigorosos movimentos peristálticos da língua durante a sucção. Os episódios de regurgitação são mais frequentes em lactentes com aleitamento artificial quando comparados a bebês amamentados no peito. É recomendado que a criança com refluxo gastroesofágico receba aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, complementado até os dois anos ou mais. Talvez o que tenha levado essas mães a interromperem a amamentação tenha sido a falta ou o erro de informação.

O desmame precoce, conceituado como a introdução de alimentos diferentes do leite materno para o bebê, antes do sexto mês de idade, permanece como uma desconfortável realidade em nosso País. Os índices de aleitamento materno exclusivo entre bebês prematuros mostram-se ainda mais críticos que os apresentados entre os bebês a termo. Silva e Segre (2010) demonstraram em seu estudo que a média de idade para o desmame parcial foi de apenas 1,4 mês e o desmame total ocorreu antes do terceiro mês de vida do bebê, o que aponta o enorme desafio que é amamentar um RNP.

Apesar de as lactantes saberem e conhecerem a importância de amamentar para promover o crescimento e o desenvolvimento adequado da criança, um número significativo delas desconhece questões simples sobre essa prática, deixando de amamentar exclusivamente por motivos que envolvem problemas mamilares, crenças e mitos que são influenciados pela sociedade e por suas condições de vida, como foi o caso de Ana que, mesmo não sendo contraindicado, recusou-se a amamentar por receio de que a medicação de que faz uso fosse transmitida para o filho (DIAS et al., 2015).

Os principais motivos alegados pelas mães para o desmame precoce é o fato de o leite ter secado, a rejeição do bebê, o trabalho materno, a doença materna, as dores ao amamentar, os problemas na mama e doença da criança. Assim, quando o RN não recebe o leite materno,

se inicia a introdução de fórmulas e, conseqüentemente, da mamadeira em idade precoce, fazendo com que haja diminuição da frequência das mamadas, do tempo de sucção das mamas e da duração da lactação. Por isso reforça-se o papel dos profissionais da saúde, aos quais cabe a obrigação de não prescrever fórmulas ou leites artificiais sem necessidade e de informar às mães sobre a importância da amamentação (VOLPINI; MOURA, 2005).

A manutenção do aleitamento materno no RN prétermo após a alta é um desafio que necessita ser encarado desde o nascimento da criança. Os benefícios do leite humano são inatingíveis pelos outros leites. Assim, caso não seja possível a manutenção do aleitamento materno, seja qual for o leite a ser utilizado, haverá perdas. É incontestável a necessidade de se investir em orientação materna, em treinamento dos profissionais, em uso dos meios de comunicação e em modificação das rotinas hospitalares na busca do incentivo à amamentação, uma vez que o aleitamento é uma habilidade que precisa ser resgatada e uma prática que precisa ser apoiada pelos profissionais da saúde e por toda a sociedade. Dar o peito é um ato produtivo, exclusivo da mulher, que necessita ser mais valorizado. O processo de aleitar será mais bem conduzido, dependendo de como a mulher se sente em relação a si mesma e ao seu momento de vida. Sendo assim, o apoio profissional é primordial para seu êxito (BRASIL, 2016; GALVÃO, 2011; VOLPINI; MOURA, 2005).

8.6 CATEGORIA 6 - APOIO FAMILIAR

Independentemente de a gravidez ter sido planejada ou não, as colaboradoras revelaram que sempre receberam muito apoio de seus companheiros e familiares:

“(...) Fiquei cinco dias no hospital e o meu marido do meu lado, me ajudando no banho, me enfaixando, me ajudando a levantar! Quando viemos embora, quem saiu com bebê no colo foi minha mãe (...) Quando ele veio, minha mãe que tomou a frente nos cuidados (...)” Joquebede

“(...) Meu marido sempre ficou junto comigo (...) Meus pais ajudaram muito. (...) Cuidar dele não foi difícil! Porque eu tive ajuda do meu marido, da minha mãe, minha cunhada (...)” Ana

“(...) quando descobrimos que eu estava grávida, fomos morar juntos (...) eu cuidava da casa e dele sem muito medo, meu marido ajudava (...)” Loíde

“(...) No começo assustei, fiquei com medo, mas minha família, a família do pai do meu filho nos apoiaram (...) Meu pai, com minha mãe, me ajudaram demais, até hoje me ajudam bastante (...) eu tive bastante apoio. Rute

“(...) Meu marido ficou o tempo todo comigo (...) meu marido me ajudava.” Rebeca

“(...) Minha família e meu marido sempre me apoiaram e me ajudaram na gravidez, depois quando ela nasceu e ficou internada, até hoje somos muito unidos! “(…). Débora

“(...) Eu tive apoio de toda minha família e isso me ajudou muito, porque aí a gente sente que está com mais força ainda, que a gente não está sozinha (...).” Isabel

Durante a gestação, é importante que o marido ou companheiro participe das consultas de pré-natal, para acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento do bebê; seja carinhoso, e saiba respeitar as limitações da mulher. Durante o trabalho de parto e do parto, a participação e o apoio afetivo oferecido pelo pai do bebê auxiliam a mulher a tolerar com maior facilidade as dores e ansiedade do trabalho de parto e garantem à mulher uma poderosa fonte de suporte emocional, além de demonstrar maior contentamento com a experiência do nascimento (BAUER, 2015; JARDIM; PENNA, 2012; PETITO et al., 2015).

Após o parto, durante a experiência com um filho RN na Unidade Neonatal, a família vivencia uma situação de muito sofrimento, porque se sente desesperada e insegura nesse ambiente, e a chegada do bebê no domicílio atrai familiares. A ajuda com o cuidado do prematuro parte, sobretudo, de pessoas próximas à mãe, que, além de auxiliarem nos cuidados diários com o RN, contribuem para a manutenção do equilíbrio emocional da puérpera, que se apresenta fragilizada devido ao período em que o filho esteve internado na UTIN. Por estar no puerpério, período de forte instabilidade emocional, e fragilizada pelo período em que esteve afastada do filho, a mulher requer maior atenção de familiares e do marido, para que atravesse momento complicado e vença a insegurança de cuidar do bebê sem o auxílio de profissionais (BALBINO et al., 2015; FROTA et al., 2013).

O apoio social, principalmente quando oferecido pela família, mostra-se forte aliado para a adaptação dos pais à nova realidade. A ajuda de familiares no cuidado com o bebê e no suporte emocional para puérpera revelam expressiva contribuição para o restabelecimento da dinâmica familiar e para a construção da autoconfiança materna na assistência do seu filho, posto que, apesar do medo e da insegurança, muitas vezes presentes, a mãe continua sendo a principal cuidadora (FROTA et al., 2013).

Durante o processo de gestação, do parto e do pós-parto, é importante e necessário o apoio da família. Dessa forma, a mulher sente-se mais acolhida e segura para vivenciar essas etapas de maneira mais leve e tranquila. Além disso, os benefícios não serão somente sentidos por ela, mas também por todos os integrantes familiares. O apoio pode ocorrer de diversas formas, podendo ser do marido/ companheiro, de outros familiares, da sociedade e dos seus grupos de referência (BAUER, 2015; CUNHA; SANTOS; GOLÇALVES, 2012).

8.7 CATEGORIA 7 - RESILIÊNCIA

Nessa categoria, as mães revelaram uma vivência de situações difíceis e inesperadas, mas conseguiram se adaptar às mudanças e superaram as consequências do nascimento de um bebê prematuro:

“(...) Depois que passa, você olha para trás e pensa: nossa! Eu passei por tudo isso! Eu não acredito que eu passei por tudo isso!” Joquebede

“(...) Mas, graças a Deus, eu suportei tudo isso! E agora está tudo bem.” Loíde

“(...) Minha vida mudou para melhor depois que ela nasceu, foi maravilhoso ela ter chegado” (...). Débora

“(...) Tinha pensamento positivo (...) eu tinha segurança em mim mesma, eu sabia que eu iria dar conta de cuidar dele (...) Eu só pensava que tudo ia dar certo!” Isabel

Esses sentimentos relatados pelas colaboradoras revelam o desenvolvimento da resiliência, entendida como a habilidade de enfrentar e de reagir positivamente às adversidades e a seus efeitos negativos. O indivíduo resiliente conserva as marcas da adversidade que enfrentou. Elas estão presentes em suas lembranças, em seus sentimentos. Sua história permanece em sua memória, mas a pessoa é capaz de recuperar-se, pois encontra o suporte que a ajuda a prosseguir, delineando uma trajetória que, do ponto de vista social e cultural, pode ser considerada positiva (SILVA et al., 2005).

Na oficina de Modelagem com Massa, cada colaboradora realizou uma figura representando sua vivência desde o nascimento prematuro e a construção da resiliência:

“Chorei muito! Fiquei com medo de perder meu maior bem: meu filho. Com as recuperações e melhoras no decorrer do tempo, a alegria e a felicidade foram imensas em sua alta hospitalar”. Joquebede

“Primeiro impacto: não tinha sobrancelhas nem cílios e a orelha parecia uma folha de papel! Um bebê prematuro, mas perfeito aos olhos da mãe”. Ana

“Chorei muito! Fiquei triste porque não acreditava que o meu maior tesouro estava passando por tudo aquilo! Eu ficava cada dia mais preocupada com ele! Tinha medo de acontecer coisas piores! Depois de alguns dias, ele foi melhorando, e eu fui ficando mais calma. Depois de muita coisa boa que fizeram para ele, tive uma grande notícia: ele estava de alta e eu poderia trazer meu tesouro embora! E, hoje, esse menino é a coisa mais linda e bênção de Deus na minha vida”. Lóide

“Primeira vez que eu vi fiquei assustada! Vê-lo em todos aqueles aparelhos e tão pequeno! Os dias iam passando e o quadro era estável! A angústia tomou conta de mim! Depois de 14 dias, ele foi ficando forte! Saiu dos aparelhos e o quadro já era muito bom! Depois de longos 31 dias, meu filho teve alta! Graças a Deus, saiu do hospital com muita saúde!” Rute

“Medo! Feliz! Aliviada! Amor! Confiante!” Rebeca

“Chorei em vários momentos! Em outros, fiquei sem reação! Com medo! E, quando ela veio para casa, foi a maior felicidade! Nesse momento, senti tranquilidade!” Débora

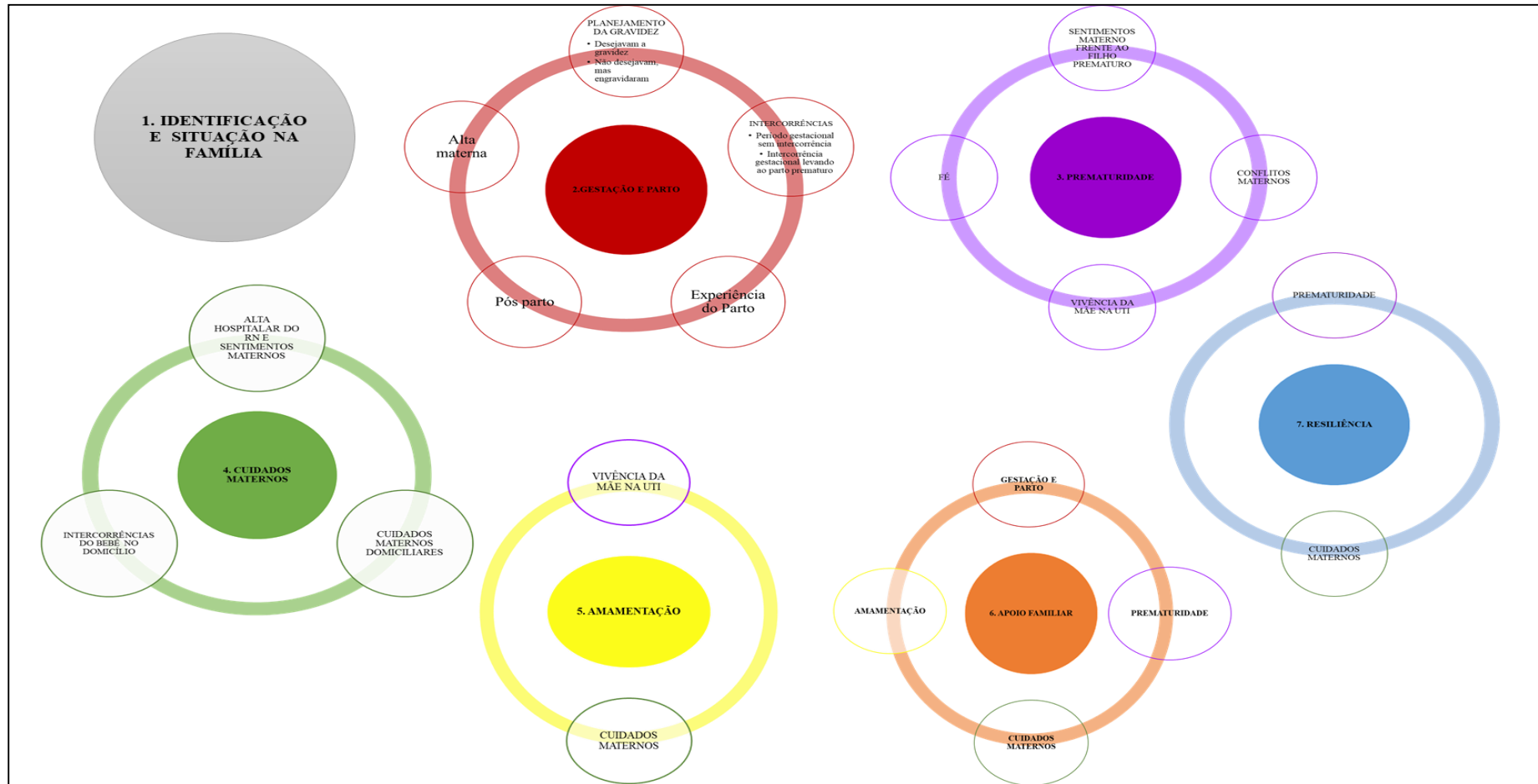
“Eu me vi tranquila, feliz, alegre! Mesmo ele sendo tão pequenininho, para mim ele era enorme! É como se ele estivesse preenchendo um vazio que faltava em mim! Me senti tão feliz por vê-lo bem, lutando junto comigo! Quando eu o vi, o sol brilhou mais forte e as flores do jardim se abriram! Cada momento dele eu aproveitei ao máximo! Em cada troca de fralda, em cada hora de amamentar, era uma vitória! Ele é minha maior joia! Meu maior presente de Deus!” Isabel.

A prematuridade trouxe mudanças de comportamento, amadurecimento, mudanças familiares e desenvolvimento dos fatores resilientes que foram preponderantes na construção da resiliência. A capacidade de resiliência experienciada pelas colaboradoras atua positivamente no campo de forças e colabora para que a mulher se perceba como mãe e exerça sua maternagem (RIBEIRO; GUALDA, 2011; SANTOS et al., 2017).

A resiliência da mãe do prematuro é construída a partir da vivência do parto prematuro, da sensação de insegurança pelo filho tão pequeno que fica em um ambiente hostil, frio, que recebe os cuidados de profissionais. Essa mãe não cuida durante a internação, não lhe é permitida a amamentação, nos primeiros dias. Toda a sua capacidade de cuidar só lhe é assegurada na alta hospitalar do prematuro. Essa mãe recebe apenas orientações sobre alguns cuidados, mas não recebe nenhum acompanhamento no domicílio. Quando chega em casa com o filho prematuro, decide se reconstruir, se reinventar, se redescobrir. Torna-se uma pessoa capaz, segura, com autonomia no cuidado ao filho, com perseverança e fé de que tudo vai correr muito bem. Nesse processo de construção da resiliência materna, há o apoio da família e do companheiro, mas é sempre a mãe quem se responsabiliza pelo cuidado. A resiliência no cuidado materno ao prematuro no domicílio é obtida pelo desenvolvimento saudável da criança, pela confiança da mãe, pela estabilidade familiar. O grupo foi denominado como Mães de Guerreiros, mas, além dos prematuros, essas mães se tornaram mulheres fortes, capazes, que cuidam de seus filhos e que enfrentam a adversidade de uma gestação com intercorrência e um parto prematuro com muita garra e vontade! Essas também são Guerreiras! Venceram a prematuridade do filho e se tornaram pessoas resilientes.

Para facilitar a compreensão das categorias reveladas e suas subcategorias, os dados apresentados acima são esquematizados na representação gráfica que se segue.

Figura 8- Categorias e subcategorias da vivência materna no cuidado domiciliar ao prematuro, 2017.



Fonte: Da autora.

Na primeira categoria, a maioria das colaboradoras faz parte de famílias estruturadas com presença do cônjuge ou parceiro. Foi possível identificar dois grupos etários paralelos, o grupo de mães acima de trinta anos e o grupo de mulheres que se tornaram mães ainda na adolescência. Com relação à atividade laboral, a maioria possui uma profissão externa ao lar.

A segunda categoria aborda a gestação e o parto. Algumas mães revelaram que tanto elas quanto os maridos ou companheiro desejavam ter filhos. Por outro lado, para mães mais jovens, a gravidez aconteceu sem que elas houvessem planejado. Com relação à intercorrência durante a gestação, a maioria das mães relatou uma gravidez normal, sem intercorrências em suas percepções até certo período gestacional. Ou seja, a intercorrência só foi reconhecida mediante a hospitalização pela gravidade clínica ou pelo iminente parto prematuro. As participantes referiram sentir alguns sintomas antes da hospitalização como dores de estômago, dor lombar, enjoo, vômitos, aumento da pressão arterial, perda de líquido amniótico, edema e alteração no exame de proteinúria. As principais intercorrências clínicas identificadas nos nascimentos prematuros foram Amniorrexe prematura; Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) e infecção do trato urinário (ITU). A idade gestacional em que ocorreu o nascimento dos bebês variou entre 28 e 34 semanas.

Os sentimentos com relação à experiência do parto prematuro foi relatado de forma negativa como medo, nervosismo, dor e sofrimento. A maioria dos partos ocorreu no mesmo hospital público, uma instituição onde se prioriza o parto natural, porém não foi realizado nessas mães devido às patologias gestacionais. No pós-parto, todas relataram que não tiveram contato físico com o bebê após o nascimento, isto é, a maioria só conseguiu ver o filho de perto horas depois. Essas mães ficaram hospitalizadas na maternidade por alguns dias, e aproveitavam todo tempo que lhes era permitido para permanecer com seus filhos, porém, quando teve início a formação do vínculo afetivo entre ambos, essas mães novamente se desestruturaram com a notícia da alta dos prematuros.

Na terceira categoria, as falas das colaboradoras demonstram os sentimentos e os conflitos com relação à prematuridade. Quando as mães se depararam com os filhos na UTIN e no berçário prematuro, tiveram consciência do que havia acontecido. A sua situação de gestante havia terminado, e elas estavam consideravelmente bem; porém se depararam com o filho frágil em um ambiente permeado de equipamentos e profissionais de saúde. Nesse momento, elas descobriram que a prematuridade é algo comum, mas, ao mesmo tempo, de alto risco, necessitando de cuidados minuciosos para que não se tenham complicações ou sequelas irreversíveis. Como a prematuridade para essas mães não era esperada, algumas se questionam quanto à situação vivida, gerando assim conflitos maternos. Na vivência da mãe na UTIN, é

possível observar que todas as mães em alta hospitalar, mesmo morando em outro município, e no puerpério mediato, não deixaram de permanecer com os filhos hospitalizados o máximo de tempo que lhes era permitido. Durante o tempo que estavam com os filhos, todas conseguiram iniciar os cuidados básicos com estes. A fé se tornou um suporte emocional para elas, pois todas as colaboradoras demonstraram que a fé em Deus foi algo que as ajudou a compreender, a aceitar e a ter forças para enfrentar as situações adversas durante o processo de ser mãe.

Na quarta categoria, as colaboradoras revelam suas experiências vivenciadas durante o cuidado domiciliar. A princípio, mostramos que o alta do RN era o momento mais esperado, porém, na alta do bebê da UTIN, diante das expectativas da nova fase, as mães experimentaram sentimentos positivos, negativos e ambos ao mesmo tempo. Porém, os principais sentimentos expressados foram felicidade, preocupação, choro, alegria, alívio e medo. Após a alta, as mães se depararam com a necessidade de execução do cuidado integral aos filhos. A maioria relatou dificuldades relacionadas aos cuidados cotidianos como dificuldade com o banho devido ao tamanho do bebê, medo de possíveis engasgos e cólicas, e dificuldades para dormir. Algumas mães relataram também que a dificuldade para dormir e a falta de experiência nos primeiros dias dificultaram o cuidado com o prematuro. As lembranças da instabilidade de saúde do filho durante a internação na UTIN abalam as mães, levando-as a acreditar que algo de ruim poderia acontecer com o bebê, no domicílio. Ainda é possível observar que algumas mães executavam os cuidados parecidos aos executados na UTIN. Isso porque, muitas vezes, elas não ficavam somente observando os procedimentos, mas aprendendo as minúcias da estratégia de cuidar de um bebê prematuro.

Apenas uma das colaboradoras é mãe pela segunda vez, o que proporcionou maior segurança com relação aos cuidados maternos prestados; porém outras relataram ter alguma experiência no cuidado infantil com irmãos mais novos e sobrinhos. A maioria das mães revelou algumas intercorrências com os bebês no domicílio, e três deles tiveram que ser novamente hospitalizados. Neste estudo, o cuidado domiciliar foi prestado exclusivamente pelas mães, sem assistência de nenhum profissional da Atenção Primária do município. Esse fato expõe um cenário no qual não há vínculo entre a Atenção Primária e a família do RNP, o que poderia garantir a continuidade do cuidado efetivo e diferenciado a esses bebês e a suas famílias.

A Política Nacional de Atenção Básica afirma que “a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (BRASIL,2006, p.10). É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais

e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando-se a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2007; SALTMAN; RICO; BOERMA, 2010).

Na Atenção Básica, a população tem o acesso ao Sistema de Saúde. Um sistema, inicialmente, é um conjunto articulado de recursos e de conhecimentos, organizados para responder às necessidades de saúde da população; como categoria de sistema, é fundamental para que todos os problemas de saúde possam ser enfrentados; e, finalmente, tem-se que um sistema de saúde deve ser compreendido como uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde. Um ponto de atenção à saúde é um local de prestação de serviços (BRASIL, 2007; MOLINARI; SILVA; CREPALDI, 2005; SALTMAN; RICO; BOERMA, 2010; STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária de Saúde é, então, uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial com valores, princípios, elementos próprios, por meio da qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços, e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população. Em sua forma mais desenvolvida, a atenção primária é o primeiro contato com o Sistema de Saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, de suas famílias e da população ao longo do tempo; busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002).

Os programas de Intervenção Precoce têm um carácter, simultaneamente, individualizado e abrangente. Individualizado, porque cada criança é vista como um ser único, com características e necessidades específicas que exigem um programa delineado para a sua realidade; e abrangente, porque não se dirige apenas às crianças, mas também à sua família e à comunidade em que ambas se inserem. Seu impacto deve ser avaliado em dois níveis: os efeitos esperados para a criança em termos do seu desenvolvimento e de suas competências; e os resultados em relação à família que se referem ao modo como esta percebe o impacto que o apoio prestado teve na vida da criança e da família (BAIRRÃO; ALMEIDA, 2003).

Na quinta categoria, destacamos a amamentação, que foi bastante discutida com as mães durante nossas oficinas e encontros. A maioria das mães relatou que, mesmo não amamentando seus filhos no peito, elas procuravam o Posto de Coleta para retirar seu leite e oferecê-lo aos filhos através de sondas ou copinhos enquanto estavam internados, e, em casa, a

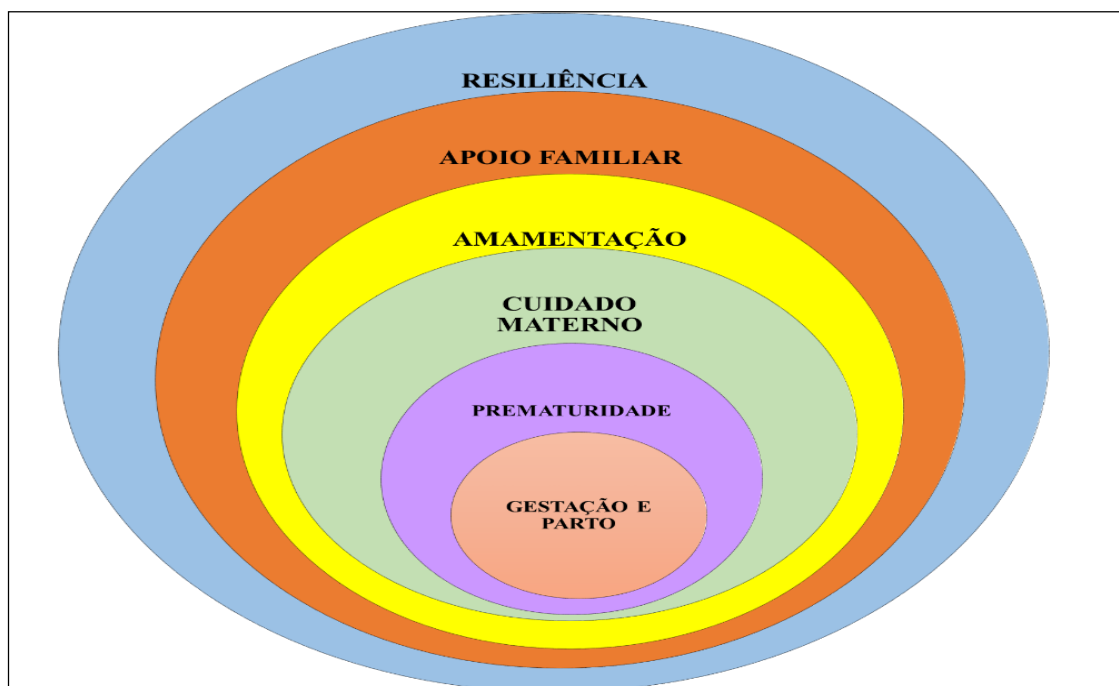
maioria continuou amamentando. Ou seja, a amamentação é significativa para essas mães e foi realizada como um cuidado importante ao filho prematuro.

Na sexta categoria, é possível observar que, independentemente de a gravidez ter sido planejada ou não, as colaboradoras revelaram que sempre receberam muito apoio de seus companheiros e familiares. Esse apoio foi decisivo para a superação das dificuldades do cuidado com o prematuro.

Na sétima e última categoria, as mães revelaram uma vivência de situações difíceis e inesperadas, porém conseguiram se adaptar às mudanças e superaram as consequências do nascimento de um bebê prematuro. Esses sentimentos relatados pelas colaboradoras revelam o desenvolvimento da resiliência, entendida como a habilidade de enfrentar e de reagir positivamente às adversidades e seus efeitos negativos. A capacidade de superação das vivências negativas do cuidado ao bebê prematuro trouxe mudanças importantes na vida de cada uma das colaboradoras. Isso permitiu a continuidade do cuidado durante o desenvolvimento do bebê.

Após a leitura e releitura dessas categorias, elaboramos uma figura que representa como ocorreu a vivência materna no cuidado domiciliar ao prematuro:

Figura 9 – Vivência materna do cuidado domiciliar ao prematuro, 2017.



Fonte: Da autora.

No processo do trabalho de parto, prematuro ou a termo, a enfermagem deveria receber as gestantes, avaliá-las e acompanhá-las em todo o período, servindo de referência e de apoio a

essas mulheres que podem estar em um momento carregado de medo e de ansiedade, por estarem em lugar atípico e em momento não planejado.

Quando essas mulheres se perceberam frente à prematuridade, em uma unidade neonatal, foi possível compreender que a enfermagem foi bastante tecnicista, com foco principal no RN, esquecendo um pouco seu papel humanístico, situação na qual deveria prestar a assistência à díade mãe-filho, ou ainda, à tríade mãe, filho e família.

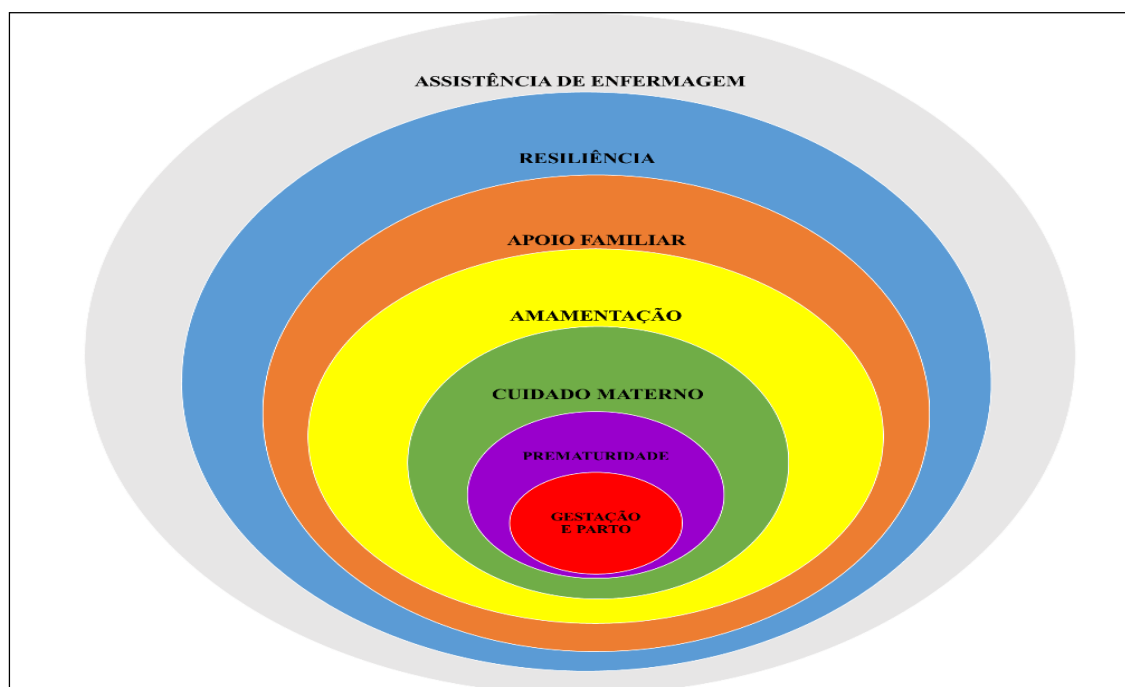
Sabemos que a alta do RN é um momento cheio de dúvidas e carregado de informação hospitalar. Nesse momento de cuidado domiciliar, novamente a assistência de enfermagem é imprescindível, pois, além de dar suporte e orientação a essa família, ela vai acompanhar esse bebê haja vista que complicações possam surgir, garantindo seu crescimento e desenvolvimento saudável.

Nesta pesquisa, no que se trata da amamentação, pudemos perceber que outros profissionais foram citados e a enfermagem mais uma vez foi deixada de lado. O preparo à amamentação deve ser estimulado, pela enfermagem desde o pré-natal, pois temos conhecimento científico suficiente para isso. Cabe à enfermagem, como mencionado anteriormente, cuidar da tríade mãe-filho-família, incentivando e fortalecendo laços afetivos, para que tal família permaneça unida por todo o ciclo gravídico-puerperal e após. Ressaltamos que, para essas mães, a resiliência foi construída a partir do sofrimento e da angústia pelo nascimento prematuro, e do apoio familiar que receberam, pois a família que apoia a mãe a torna capaz de se adaptar e de superar a nova situação vivenciada, construindo sua resiliência.

Sabe-se que o cuidado é a essência do trabalho da enfermagem. Tal cuidado deve ser realizado em todos os níveis de atenção à saúde e em todas as fases da vida. Contudo, em relação à prática na assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, na presente pesquisa, pudemos inferir que ela foi praticamente invisível e a enfermagem, que tanto luta pelo seu reconhecimento profissional, acaba perdendo espaço para outros profissionais, conforme destacado nas categorias.

Porém, recomendamos que a Assistência de Enfermagem esteja presente em todas as etapas da vida da mulher, a partir do momento em que decide engravidar ou engravida sem planejar. Para isso, elaboramos a figura abaixo:

Figura 10 - Assistência de enfermagem no cuidado materno domiciliar ao prematuro, 2017.



Fonte: Da autora.

A assistência de enfermagem na atenção básica deveria estar presente na saúde dessas mulheres antes mesmo de elas engravidarem, por meio de orientações do planejamento familiar e, quando tais mulheres se encontrassem grávidas, caberia aos profissionais de enfermagem realizar e acompanhar o pré-natal, identificando os fatores que poderiam acarretar uma gestação de alto risco materno-fetal e a antecipação do parto.

Neste estudo, a enfermagem foi citada pelas mães apenas durante a internação do prematuro, porém esta é a profissional que deveria estar mais presente durante o ciclo gravídico puerperal, desde a Atenção Básica até o hospital. Cabe à enfermagem, intervir junto às famílias que passam pela experiência do cuidado materno na prematuridade, buscando apoiar, direcionar, garantir e acompanhar toda a evolução desse cuidado, fazendo com que a mãe tenha autonomia e independência com o passar dos dias de vida do bebê.

A Assistência de Enfermagem deve se intensificar durante todo o processo gestacional, e será primordial na ocorrência do parto prematuro. Destacamos no cenário do cuidado domiciliar na prematuridade a Assistência de Enfermagem é essencial e deve ser prestada de forma humanizada, promovendo o vínculo afetivo mãe e bebê e o vínculo da díade com a profissional, buscando garantir um cuidado domiciliar seguro e sem sofrimento.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo trouxe a oportunidade de contextualizar a vivência de mães que inesperadamente se depararam com o parto antecipado e que tiveram que enfrentar uma rotina hospitalar e domiciliar no cuidado aos filhos nascidos prematuros.

A prematuridade faz com que a família viva uma nova realidade, gerando sentimentos distintos de felicidade e de sofrimento, que vão desde a alegria pelo nascimento do filho e de o mesmo estar vivo, até o medo e a angústia por não saber o que irá acontecer com ele.

Infelizmente, vimos que há uma falha da assistência de enfermagem voltada para família no ambiente hospitalar, em que pareceu haver distanciamento entre profissionais e mãe. As rotinas do fazer e do realizar ainda são centradas no modelo biomédico e, na maioria das vezes, torna os profissionais distantes da humanização. Como exemplo disso, tivemos a falta de incentivo ao método mãe canguru, que há algumas décadas vem sendo tão discutido e priorizado em vários lugares do mundo. E, ainda, nos deparamos com a falta de orientação e de empenho da enfermagem no manejo clínico e no apoio à amamentação.

A alta hospitalar é sempre um momento de grande expectativa para a família. Porém, o cuidado domiciliar faz com que esta se depare com as peculiaridades da prematuridade, demandando um cuidado mais intenso, capaz de gerar muita insegurança na própria competência materna de cuidar do bebê. Levar o prematuro para casa é um novo obstáculo a ser enfrentado, pois, a partir desse momento, a família é responsável pela segurança do bebê, e não mais a equipe de saúde da UTIN.

Com uma carga muito grande de responsabilidade no cuidado ao prematuro, a família necessita de uma rede de apoio, sendo o enfermeiro da atenção básica o grande protagonista dessa nova fase. O papel do enfermeiro nesse momento é muito importante tanto para o atendimento do RNP quanto para os pais, pois, juntos, serão uma referência para a continuidade da assistência prestada, garantindo um crescimento e um desenvolvimento seguro do RNP.

Verificamos a necessidade de mudança nas atitudes da equipe de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde em relação à assistência prestada à tríade mãe-filho-família que vive a prematuridade. Afirmamos que, por meio de uma aproximação maior com esse grupo, o enfermeiro será capaz de compreender e de desenvolver melhor sua assistência, proporcionando um ambiente de cuidado humanizado e contextualizado, uma realidade que não foi percebida nesta pesquisa.

Almejamos que este estudo contribua para a produção do conhecimento e para a prática dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência materno e infantil,

despertando o olhar destes para o que vai além da dimensão biológica do cuidar em enfermagem, sensibilizando-os quanto à importância de se conjugar saberes para uma prática humanizada.

Este estudo poderá contribuir para o estímulo e para a capacitação do enfermeiro a fim de melhorar sua assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico, identificando e intervindo precocemente em possíveis complicações que poderão levar a um parto prematuro. E, ainda, incentivar e oferecer suporte à família que vive as repercussões da prematuridade no cuidado domiciliar.

Sugerimos que novos estudos sejam realizados com vistas a acompanhar os primeiros meses de vida do prematuro, buscando associar a prática da assistência de enfermagem à realidade da vulnerabilidade desse bebê em cuidado materno domiciliar.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, A. C. F. V. et al. Adaptação materna e neonatal. In: BARROS, S. M. O. **Enfermagem obstétrica e ginecológica** - guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca, 2009. p. 221-237.
- AKRÉ, J. **Alimentação infantil**: bases fisiológicas. Organização Mundial de Saúde. 2. ed. Genebra: OMS, 1997.
- ALMEIDA, A. C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 86-94, jun. 2012.
- ALVIM, N. A. T. Práticas **Naturais de saúde no Ensaio da Enfermagem; o que são e o que poderão ser**: um estudo de representações de docentes. 1994. 128f Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Educação e Humanidade, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.
- ANDERZÉN-CARLSSON, A.; LAMY, Z. C.; ERIKSSON, M. Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant - Part 1: A qualitative systematic review. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 24906, 2014.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 138p.
- ANJOS, L. S. et al. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 571-577, ago. 2012.
- ANTUNES, B. S. et al. Internação do recém-nascido na Unidade Neonatal: significado para a mãe. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 5, set./out. 2014.
- ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 865-872, dez. 2010.
- ARAUJO, N. M.; ZANI, A. V. Discursos paternos frente ao nascimento e hospitalização do filho prematuro. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. v.9, n. 2, p. 607-609, 2015.
Disponível em:
<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10378/11122>>.
Acesso em: 15 out. 2017.
- ATKINSON, P.; HAMMERSLEY, M. Ethnograph and participant observation. In: DENZIN, K. N.; LINCOLN, Y. S. **The SAGE handbook of qualitative research**. 3. ed. London: Thousand Oaks, 2005.
- BAIRRAO, J.; ALMEIDA, I. C. Questões atuais em intervenção precoce. **Psicologia**, Lisboa, v. 17, n. 1, p. 15-29, jan. 2003.

- BALBINO, F. S. et al. Grupo de apoio aos pais como uma experiência transformadora para a família em unidade neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 297-302, jun. 2015.
- BAPTISTA, S. N. **Manual de Direito de Família**. 2. ed. Recife: Edições Bagaço, 2010. p.88.
- BARRADAS, A. M. C. R. **Parentalidade na relação com o recém-nascido prematuro: Vivências, necessidades e estratégias de intervenção**. 2008. 274f. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde). Universidade Aberta, Lisboa, Portugal, 2008.
- BARROSO, M. L.; PONTES, A. L.; ROLIM, K. M. C. Consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe adolescente e recém-nascido. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 168-175, mar./abr. 2015.
- BASEGGIO, D. B. et al. Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 153-167, mar. 2017.
- BASZANGER, I.; DODIER, N. Ethnograph-relating the part to the hole. In: SILVERMAN, D. **Qualitative research: theory, method, and practice**. London: Thousand Oaks, 2004.
- BAUER, L. Benefícios do apoio familiar no pré-parto, parto e pós-parto. Gestante, Parto. **Estação Materna**. 2015. Disponível em: <<http://www.estacaomaterna.com.br/a-importancia-do-apoio-familiar-no-pre-parto-parto-e-pos-parto/>>. Acesso em: 27 dez. 2017.
- BENGOZI, T. M. et al. Uma rede de apoio à família do prematuro. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 155-160, jan./mar. 2010.
- BENNER, P. **Interpretative phenomenology: embodiment, caring and ethics health and illness**. California: Sage, 1994.
- BENUTE, G. R. G. et al. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. 281-285, jun. 2013.
- BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LIMA, L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 46, n. 4, p.685-693, ago. 2012.
- BORGES, A. L. V. et al. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo**, v. 45, n. 2, p.1679-1684, dez. 2011.
- BORGES, A. L. V. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 597-604, dez. 2007.
- BOSI, A. **Céu, Inferno: ensaio de crítica literária e ideológica**. São Paulo: Ática, 1998.
- BOTÊLHO, S. M. et al. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 929-934, ago. 2012.

BOUSSO, R. S. et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 397-403, abr. 2011.

BOZZETTO, C.; GRAVE, M. T.Q.; PÉRICO, E. Incidência de nascimentos prematuros em hospital de um município do Vale do Caí. **Revista Destaques Acadêmicos**, [S.l.], v. 5, n. 3, set. 2013.

BRANDON, D. H. et al. Emotional Responses of Mothers of Late-Preterm and Term Infants. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [S.l.]v. 40, n. 6, p. 719-731, jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.10.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRÊTAS, A. C. P.; OLIVEIRA, E. M. Algumas Reflexões sobre a Ética na pesquisa qualitativa. In: MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

BROOKS, J. L.; DAVIS D. H.; LANDERMA, L. R. Interactive Behaviors of Ethnic Minority Mothers and Their Premature Infants. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [S.l.], v. 42, n. 3, p. 357–368, mai./jun. 2013.

BRUSCO, T. R.; DELGADO, S. E. Caracterização do desenvolvimento da alimentação de crianças nascidas pré-termo entre três e 12 meses. **Revista Cefac**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 917-928, mai. 2014.

CARNEIRO, M. L. M. A bioenergia como caminho do processo saúde doença ao processo saúde enfermidade. 1999. 198f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

CARNEIRO, M. L. M.; CORBISHLEY, A. C. M. The use of participant observation in qualitative nursing research: the bridge between theory and practice. In: **6ª International Qualitative Health Research Conference**, Banff, 2000. p. 264-266.

CARNUT, L.; FAQUIM, J. P. S. Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 1, p. 62-70, 2014.

CARVALHO, A. L. S. et al. Sentimentos de puérperas com bebês hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 26-31, jan./abr., 2007.

CASCAES, A. M. et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise de dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1024-1032, mai. 2008.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O.; ARAÚJO, M. R. N. **A família como foco da Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2726.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

CHIODI, L. C. et al. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 969-974, 2012.

CHO, J. Y. et al. Parental Concerns about Their Premature Infants' Health after Discharge from the Neonatal Intensive Care Unit: A Questionnaire Survey for Anticipated Guidance in a Neonatal Follow-up Clinic. **Korean Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 55, n. 8, p. 272-279, ago. 2012.

CIDADE, D. G.; MARGOTTO, P. R.; PERAÇOLI, J. C. Obesidade e sobrepeso pré-gestacionais: Prevalência e principais complicações maternas. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [S.l.], n. 22, p. 169-182, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Ministério da Saúde lança diretrizes contra manobras agressivas em partos**. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/ministerio-da-saude-lanca-diretrizes-contr-manobras-agressivas-em-partos_49669.html>. Acesso em: 02 dez. 2017.

COSTA, R. N. et al. Custo-Efetividade Incremental do Tratamento Cirúrgico vs. Percutâneo da Persistência do Canal Arterial com o Amplatzer® Duct Occluder em Crianças: Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 168-179, jun. 2014.

COSTA, S. A. F.; VILLAS BOAS, A. S. C.; SANTOS, M. J. A. Compreendendo a vivência da família com a internação do filho recém-nascido prematuro na UTI neonatal. **Nursing**, São Paulo, v. 10, n. 115, p. 560-564, 2007.

COUTINHO, E. C et al. Cuidados de saúde a gestantes imigrantes e portuguesas em Portugal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. spe 2, p. 9-16, dez. 2014.

COUTO, F. F.; PRACA, N.S. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta

hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 886-892, dez. 2009.

COWLES, K. V. Grief in a cultural context: expanding concept analysis beyond the professional literature. In: RODGERS, B. L.; KNALF, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications**. 2. ed. Philadelphia: Saunders Company, 2000, p. 119-127.

CUNHA, A. C. B.; SANTOS, C.; GONCALVES, R. M. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. **Arquivos Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 139-155, abr. 2012.

DAMASCENO, J. R. et al. Nutrição em recém-nascidos prematuros e de baixo peso: uma revisão integrativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, [S.l], v. 14, n. 1, p. 40-6, jul. 2014.

DANTAS, A. L. B.; CARVALHO, J. G.; SILVA, M. M. H. Planejamento familiar: percepção de mulheres que desejam ter filhos. **Revista Interdisciplinar**, v. 4, n. 6, p. 51-59, out. 2013. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/207/pdf_67. Acesso em: 02 dez. 2017.

DENZIN, K. N.; LINCOLN, Y.S. **The SAGE handbook of qualitative research**. 3. ed. London: Thousand Oaks, 2005.

DIAS, E. G. et al. Prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês no município de mamonas-MG em 2013. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 15, n. 29, p. 81-90, 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014.

DUARTE, A. S. et al. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 162-170, jul./set. 2010.

DUARTE, C. D. I.; ARAÚJO, C. B. Prevalência de Microrganismos em Infecções do Trato Urinário de Pacientes Atendidos no Laboratório Hospitalar de Patos de Minas, MG. **NewsLab**, São Paulo, n. 113, p. 140-151, 2012.

EMERSON; R. M.; FRETZ, R. I.; SHAW, L. L. Participant observation and fieldnotes. In: ATKINSON, P. et al. **Handbook of ethnography**. London: Thousand Oaks, 2001, p. 352-368.

ENDERLE, C. F. et al. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 287-294, abr. 2012.

ESTEVAM, D. C. M.; SILVA, J. D. D. Visão das Mães em Relação ao Cuidado com o Recém-Nascido após a Alta da UTI Neonatal. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 15-24, 2016.

FAGUNDES, K. V. D. L. et al. Hablando de la observación participante en la investigación

cualitativa en el proceso salud-enfermedad. **Index de Enfermería**, Granada, v. 23, n. 1, p. 75-79, 2014.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Gravidez na adolescência**: manual de orientação. São Paulo, 2009.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de perinatologia**. São Paulo, 2013.

FELDMAN, R.; ROSENTHAL, Z.; EIDELMAN, A.I. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. **Biological Psychiatry**, v. 75, n. 1, p. 56-64, jan. 2014.

FERRARI, J. Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, supl. 2, p. S409-S417, dez. 2010.

FERRAZ, S. T. et al. Programa de follow-up de recém-nascidos de alto risco: relato da experiência de uma equipe interdisciplinar. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p.133-139, jan./mar. 2010.

FIORIN, P. C.; OLIVEIRA, C. T.; DIAS, A. C. G. Percepções de mulheres sobre a relação entre trabalho e maternidade. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, São Paulo, v. 15, n. 1, p.25-35, jan./jun. 2014.

FONSECA, A. S.; JANICAS, R. C. S. V. **Saúde materna e neonatal**. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2014.

FONSECA, G. M. T.; GUALHARDO, A. **Psicopatologia e Infertilidade**. 2016. 31f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica Ramo Terapias Cognitivo Comportamentais) - Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudo, Coimbra, 2016.

FRANCISCO, B. S. et al. Percepções dos pais sobre suas vivências como acompanhantes durante o parto e nascimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 567-575, set. 2015.

FRANK, A. W. **The wounded storyteller**: body, illness, and ethics. Chicago, University of Chicago Press. When Bodies need voices: 1995, cap. 1, p. 1-25.

FROTA, M. A. et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 277-283, abr./jun. 2013.

GAÍVA, M. A. M.; FERRIANI, M. G. C. Prematuridade: vivências de crianças e familiares. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 17-27, jan./abr. 2001.

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

GAÍVA, M. A.M. et al. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da

equipe de saúde e de familiares. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.10, n.4, p.387-392, out./dez., 2006.

GALVAO, D. G. Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 308-314, abr. 2011.

GEERTZ, C. **A interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LCT, 1989.

GOMES, I. F. et al. Vivências de famílias no cuidado à criança com complicações da prematuridade. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v.15, n. 4, p. 630-8, out./ dez. 2016.

GONÇALVES, C. R. **Direito Civil Brasileiro**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

GRAZIANO, R. M.; LEONE, C. R. Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento visual do pré-termo extremo. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 81, n. 1, supl. 1, p. S95-S100, mar. 2005 .

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 410-422, dez. 1997.

HAMRICK, S. E.; HANSMANN G. Patent ductus arteriosus of the preterm infant. **Pediatrics**, [S.l.], v.125, n.5, p.1020-1030, may. 2010.

HASSE, B. C. Doença hipertensiva exclusiva da gestação. **Revista UNIPLAC**, Santa Catarina, v. 4, n. 1, 2016.

HAYAKAWA L. M., et al. Incidência de reinternação de prematuros com muito baixo peso nascidos em um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 324-329, 2010.

HELLSTRÖM, A. et al. Postnatal serum insulin-like growth factor I deficiency is associated with retinopathy of prematurity and other complications of premature birth. **Pediatrics**, [S.l.], v. 112, n. 5, p. 1016-1020, 2003.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

INÁCIO, A. T. C. **Significados atribuídos pelos pais à hospitalização do filho prematuro**. 2011. 64f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico: Sinopse dos Resultados do Censo 2014 Borda da Mata- MG**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=31&cod2=315250%20&cod3=31&frm=%253E>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

INTERNATIONAL COMMITTEE FOR THE CLASSIFICATION OF RETINOPATHY OF PREMATURE (ICROP) The International Classification of Retinopathy of Prematurity revisited. **Arch Ophthalmol**, [S.l.], v. 123, n. 7, p. 991-999, 2005.

JARDIM, D.M.B; PENNA, C.M.M. Pai-Acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3 p. 373-381, jul./set. 2012.

KASAI, K. E. et al. Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. **Midwifery**, v. 26, n.3, p. 319-326, jun. 2010.

KENNER, C. et al. Transition to Home: Family Perspectives on Care in Russia. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v.7, n.1, p. 20-24, mar. 2007.

KRIEGER, D. C. et al. Percepção da prematuridade: um estudo de caso visando a abordagem às mães. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 8, n. 8, p. 2754-2761, jul. 2014.

Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9981/103266>>. Acesso em 26 dez. 2017.

LASSITER, E. L. **The Chicago guide to collaborative ethnography**. Chicago: Chicago Press, 2005.

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

LEININGER, M. M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 13, n. 3, p. 189-92, jul. 2002.

LEININGER, M. M. Etnographic and etnonursing models and modes of qualitative data analysis. IN: LEININGER, M. M. **Qualitative research methods in nursing**. Detroit: Grune; Satratton, 1985. Cap.3.

LEITE, M. G. et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, mar. 2014.

LEVENO, K. J. et al. **Manual de Obstetrícia de Williams: Complicações na Gestação**. 23. ed., Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2014. cap.10.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P.; LIMA, C. C. A utilização da observação participante e da entrevista semiestruturada na pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. especial, p. 130-142, fev. 1999.

LINS, P. G. A. et al. O sentido da maternidade e da infertilidade: um discurso singular. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 31, n. 3, p. 387-392, set. 2014.

LOPEZ, G. L.; KATHRYN H. A.; FEUTCHINGER, J. Transition of Premature Infants From Hospital to Home Life. **Neonatal network**, [S.l.], v. 31, n. 4, p. 207-214, jul./ago. 2012.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARCACINE, K. O.; ORATI, P. L.; ABRAO, A. C. F. V. Educação em saúde: repercussões no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 141-147, fev. 2012.

MARTINS, J. B. Observação participante: uma abordagem metodológica para a psicologia escolar. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 17, n. 3, p. 266-273, set. 1996.

MEIHY, J. C. S. B. **Augusto e Lea**: um caso de (des)amor em tempos modernos. São Paulo: Contexto, 2006.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História oral**. São Paulo: Loyola, 1996.

MELLO JORGE, M. H. P. et al. Características das gestações de adolescentes internadas em maternidades do estado de São Paulo, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 305-315, jun. 2014.

MENETRIER, J. V.; ALMEIDA, G. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em um hospital de referência. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 433-441, set./dez. 2016.

MILBRATH, V. M. et al. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 462-467, set. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 1998.

MOLINARI, J. S. O.; SILVA, M. F. M. C.; CREPALDI, M. A. Saúde e desenvolvimento da criança: A família, os fatores de risco e as ações na atenção básica. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 23, n. 43 p. 17-26, out./dez. 2005.

MOURA, M. A. V.; CHAMILCO, R. A. S. I.; SILVA, L. R. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 434-440, dez. 2005 .

NASCIMENTO, W. L. S.; OLIVEIRA, F. M.; ARAÚJO, G. L. S. Infecção do trato urinário em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Ensaio e Ciência: Ciências, Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 16, n. 4, p. 111-123, dez. 2013.

NIETSCHÉ, E. A. et al. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 809-816, dez. 2012.

NUNES, N. P. et al. Método canguru e a percepção materna. **Revista Brasileira de Promoção de Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 3, p. 387-393, jul./set. 2015.

OLESEM, V. **Fields notes**: some suggestions, some examples. San Francisco, 1991.

OLIVEIRA, A. D. et al. Sentimentos e opiniões de mulheres que vivenciaram a experiência do parto humanizado no Hospital Santa Lucinda. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 26-29, abr. 2014.

- OLIVEIRA, A. S. S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. especial, p. 32-41, 2010.
- OLIVEIRA, K.; et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 46-53, mar. 2013.
- OLIVEIRA, M. C. et al. Kangaroo method: perceptions of mothers who experience the second stage. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, p. 2939-2948, jul. 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3898/pdf_1653>. Acesso em: 16 jun. 2016.
- PAIVA, C. V. A. et al. Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidade de cuidados intensivos e intermediários neonatais. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p.932-939, out/dez. 2013.
- PEIRANO, M. A. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- PEREIRA, A. C.; BORDIGNON, J. C. Infecção Urinária em Gestantes: Perfil de Sensibilidade dos Agentes Etiológicos de Gestantes Atendidas pelo SUS na Cidade de Palmas -PR. **Revista Brasileira Análise Clínica**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 96-99, 2011.
- PEREIRA, J. S. et al. Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, [S.l.], v. 15, p. 103-108, 2016.
- PEREIRA, L. B. et al. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 55-63, mar. 2015.
- PETITO, A. D. C. et al. A importância da participação do pai no ciclo gravídico puerperal: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres**, v. 4, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/view/70/46>>. Acesso em: 20 set. 2017.
- PONTES, G. A. R; CANTILLINO, A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 290-98, 2014.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BORDA DA MATA. A cidade. História. 2016. Disponível em: <<http://www.bordadamata.mg.gov.br/index.php/a-cidade/historia>>. Acesso em: 10 de mai. 2016.
- PRITCHARD, M. A. et al. Risk Determinants in Early Intervention Use during the First Postnatal Year in Children Born Very Preterm. **BMC Pediatrics**, [S.l.],v.13, n. 201, dez. 2013.
- PROENÇA, W. L. O método da observação participante. **Revista Antropos**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 8-31, mai. 2008.
- QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-

283, ago. 2007.

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

RAFFRAY, M. et al. Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit. Perceptions of health care providers. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 32, n. 3, p. 379-392, dez. 2014.

RIBEIRO, P. M. **Aleitamento Materno: como incentivar**. São Paulo: Scortecci, 2010.

RIBEIRO, P. M. et al. Plan de cuidados de enfermagem para una madre adolescente. **Evidentia**, v. 10, n. 43, jul./sep. 2013.

RIBEIRO, P. M.; GUALDA, D. M. R. Gestação na adolescência: a construção do processo saúde-resiliência **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 361-371, abr./jun. 2011.

RIBEIRO, P. M.; GUALDA, D. M. R. **Mesmo sendo adolescente, sou mãe e gosto de ser assim: do processo saúde- doença à construção do processo saúde resiliência**. 2009. 161f. Tese (Doutorado Enfermagem Materno Infantil) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

RICHARDSON, L. **Fields of play**: Constructing an academic life. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1997.

ROCHA, A. L. C.; ECKERT, C. Etnografia: saberes e práticas. **Revista Iluinuras**, Porto Alegre, v.9, n.21, 2008. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/30176>>. Acesso em: 20 set. 2016.

RODRIGUES, C.D.S.; LOPES, A. O. S. A gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.10, n. 32. p. 70-87, nov./dez. 2016. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/579>>. Acesso em: 20 dez 2017.

ROLIM, K. M. C. et al. Cuidado quanto à termorregulação do recém-nascido prematuro: o olhar da enfermeira. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 44-52, abr./jun.2012.

RONCONI, A. P. L. et al. Dor e Satisfação Durante o Trabalho de Parto em Primigestas: Visão da Parturiente e do Obstetra. **Revista Dor**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 277-281, out./dez. 2010.

ROSA, N. G.; LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 14-22, abr. 2003.

SALTMAN, R.B.; RICO, A.; BOERMA, W.G.W. (Org.). **Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde**: reforma organizacional na atenção primária europeia. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.

- SANCHES, N. C. **Gravidez não planejada: a experiência das gestantes de um município do interior do Estado de São Paulo**. 2013. 123f. Dissertação (Mestrado em enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- SANTANA, F. A.; LAHM, J. V.; SANTOS, R. P. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 123-127, set. 2015.
- SANTOS, L. F. et al. Forças que interferem na maternagem em unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1260016, 2017.
- SANTOS, L.C. et al. Perception of premature infants' mothers on home visits before and after hospital discharge. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 32, n. 3, p.393-400, 2014.
- SANTOS, M. C. L. et al. Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 1, n. 2, p. 40-49, out./dez. 2007.
Disponível em:
<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/5309/452>>. Acesso em: 15 Out. 2017.
- SCHMIDT, K. T. et al. Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 849-58, out./dez. 2011.
- SCHMIDT, K. T.; HIGARASHI, I. H. Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 391-399, jul./set. 2012.
- SCHOPENHAUER, A. **Sobre a filosofia e seu método**. São Paulo: Hedra, 2010. p.156.
- SEIMA, M. D. et al. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011 **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 851-857, dez. 2011.
- SILVA, A.; SALMERON, N. A.; LEVENTHAL, L. C. Percepção dos pais em relação ao “Método Mãe Canguru”. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 9, n. 56, p. 46-50, 2012.
- SILVA, M. R. S. et al. Resiliência e promoção da saúde. **Texto & contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. spe, p. 95-102, 2005.
- SILVA, M. R. **Família monoparental na atualidade e seus fatores determinantes**. 2016. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Centro Universitário Eurípides de Marília, Fundação de Ensino Eurípides Soares da Rocha, Marília, 2016.
- SILVA, S. M. S.; SEGRE, C. A. M. Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 291-301, ago. 2010.
- SILVA, T. S et al. A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 176-189, mar. 2017.

SILVA, V. G.; OLIVEIRA, L. N. Orientações de enfermagem na alta do RN prematuro. **Revista Enfermagem UNISA**, [S.l.], v. 8, p. 78-81, 2007.

SILVA, W. F.; GUEDES, Z. C. F. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. **Revista Cefac**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 160-171, jan./fev. 2013.

SILVEIRA, M. L et al. Desfecho neonatal em gestações que evoluíram com amniorrexe prematura. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p.491-498, mai./jun. 2014.

SILVEIRA, R. S. et al. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 442-446, maio/jun. 2009.

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

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

SOARES, J. P. O. et al. Amamentação natural de recém-nascidos pré-termo sob a ótica materna: uma revisão integrativa. **Revista Cefac**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 232-241, fev. 2016

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

SOUZA, N. L. et al. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p.159-165, abr./jun. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TEIXEIRA, L. A.; VASCONCELOS, L. D.; RIBEIRO, R. A. F. Prevalência de Patologias e Relação com a Prematuridade em Gestação de Alto Risco. **Revista Ciências mm Saúde**, Itajubá, v. 5, n. 4, p. 35-42, 2015.

VENTURA, C. M. U.; ALVES, J. G. B.; MENESES, J. A. Eventos adversos em unidade de terapia Intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n. 1, p. 49-55, jan/fev. 2012.

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.

VISCONTI, L. F. et al. Características clínicas e ecocardiográficas associadas à evolução do canal arterial em recém-nascidos com peso de nascimento inferior a 1.500g. **Einstein**, São Paulo, v.11, n.3, p. 317-323, set. 2013.

- VIVIAN, A. G. et al. " Eu fico comparando": expectativas maternas quanto ao segundo filho na gestação. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 31, n. 1, jan./mar. 2013, p. 75-87. 2013.
- VOLPINI, C. C. A.; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 311-319, jun. 2005
- WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 3. ed. New Jersey (USA): Prentice Hall, 1995.
- WERNET, M., ÂNGELO, M. A enfermagem diante das mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 229-235, abr./jun. 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Infant and young child feeding**. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>>. Acesso em: 10 de set 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preterm birth**. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>>. Acesso em: 15 de maio 2016.
- ZANI, A. V.; SOUZA, G. G.; PARADA, C. G. Nascimento e hospitalização do filho prematuro: sentimentos e emoções paternas. **Revista Uruguaya de Enfermería**, Montevideo, v. 11, n. 2, p. 15-26, nov. 2016.
- ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R. P. V. **Zugaib obstetrícia**. 3. ed. Barueri (SP): Manole, 2016.

APÊNDICES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 e Fax: (35) 3299 1063



APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO E COLETA DE DADOS- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Borda da Mata, 14 de junho de 2016.

Exma. Sr^a.
Secretária Municipal de Saúde de Borda da Mata
Sr^a. Nádia Maria dos Santos Pádua

Solicitamos a autorização para realização junto aos serviços de saúde do Município uma busca de dados, com o intuito de localizar o nome e o endereço de mães que tiveram filhos prematuros de Junho de 2015 a Junho de 2016. Esses dados serão utilizados para encontrar essas mães e iniciar a coleta de dados e o desenvolvimento do estudo intitulado "**CUIDADO DOMICILIAR NA PREMATURIDADE: VIVÊNCIA MATERNA**", a ser desenvolvido pela Enf^a Mestranda Wanessa Cristina Tavares Araujo e Profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro.

O estudo será realizado com mães de recém-nascidos prematuros cadastradas nas áreas de abrangência as Equipes de Saúde da Família do município, com início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, com duração prevista de 4 meses, de setembro de 2016 a dezembro de 2016. A coleta de dados será realizada por meio de Oficinas, Observação Participante e Entrevista Semiestruturada. As mães somente irão participar da pesquisa quando concordarem em fazer parte do estudo, após as explicações sobre a origem e objetivo deste e assinatura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os riscos para as participantes serão mínimos, podendo apresentar desconforto emocional ou constrangimento durante as entrevistas e oficinas, porém serão tomados todos os cuidados para que isso não ocorra, e caso seja manifestado qualquer desconforto pela participante, esta será encaminhada ao serviço de Psicologia do SUS do Município, e a critério da participante, a coleta de dados poderá ser interrompida. A participante estará livre para, a

qualquer momento, deixar de participar da pesquisa, sem necessidade de apresentar justificativas para tal.

Espera-se que esse estudo possa colaborar na implementação de ações de saúde específicas para cuidado das crianças nascidas prematuras, por meio de orientações, encorajamento, e acompanhamento das mães desses bebês após a alta hospitalar; evitando possíveis complicações e reinternações, garantindo a qualidade de vida da criança e sua família.

Agradecemos a atenção dispensada a nossa solicitação.

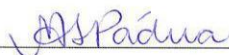


Orientadora: Prof.^a Dra. Patrícia Mônica Ribeiro
PhD Escola de Enfermagem
Universidade Federal de Alfenas-UNIFAL-MG



Mestranda: Enf.^a Wanessa Cristina Tavares Araujo
Universidade Federal de Alfenas-UNIFAL-MG

De acordo,



Sr.^a Nádia Maria dos Santos Pádua
Secretária Municipal de Saúde de Borda da Mata



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 e Fax: (35) 3299 1063



APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE
 ESTUDO E COLETA DE DADOS - IGREJA PRESBITERIANA


Borda da Mata, 14 de junho de 2016.


Exmo. Sr.
 Pastor da Igreja Presbiteriana de Borda da Mata
 Sr. Pastor Benedito Amaro

Solicito a autorização para realização coleta de dados e o desenvolvimento do estudo intitulado "**CUIDADO DOMICILIAR NA PREMATURIDADE: VIVÊNCIA MATERNA**", a ser desenvolvido pela Enf^a Mestranda Wanessa Cristina Tavares Araujo e Profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro, nas dependências do pavilhão da Igreja Presbiteriana Independente de Borda da Mata. Será utilizado o espaço físico do local, cadeiras, mesas, banheiros e a cozinha, e logo após cada reunião o espaço será reorganizado e higienizado.

O estudo será realizado com mães de recém-nascidos prematuros cadastradas nas áreas de abrangência as Equipes de Saúde da Família do Município, com início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, com duração prevista de 4 meses, de setembro de 2016 a dezembro de 2016. A coleta de dados será realizada por meio de Oficinas, Observação Participante e Entrevista Semiestruturada. As mães somente irão participar da pesquisa quando concordarem em fazer parte do estudo, após as explicações sobre a origem e objetivo deste e assinatura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Agradecemos a atenção dispensada a nossa solicitação.


 Orientadora: Prof.^a Dra. Patrícia Mônica Ribeiro
 PhD Escola de Enfermagem
 Universidade Federal de Alfenas-UNIFAL-MG


 Mestranda: Enf.^a Wanessa Cristina Tavares Araujo
 Universidade Federal de Alfenas-UNIFAL-MG

De acordo,


 Sr. Pastor Benedito Amaro
 Pastor da Igreja Presbiteriana de Borda da Mata



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 e Fax: (35) 3299 1063



APÊNDICE C- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO E COLETA DE DADOS - HOSPITAL

Pouso Alegre, 11 de Novembro de 2016.

Exmo. Sr.

Diretor Técnico do Hospital das Clínicas Samuel Libânio

Sr. Dr. Alan Nascimento Paiva

Solicitamos a autorização para realização de pesquisa nas dependências da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, a fim de observar a relação entre mães e recém-nascidos prematuros durante o período de hospitalização. Essas observações serão utilizadas para o desenvolvimento de parte do estudo intitulado "**CUIDADO DOMICILIAR NA PREMATURIDADE: VIVÊNCIA MATERNA**", a ser desenvolvido pela Enf^a Mestranda Wanessa Cristina Tavares Araujo e Profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro.

O estudo será desenvolvido em duas fases, sendo uma delas dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde será realizado a observação da rotina das mães que permanecem parte do seu tempo na unidade com seus filhos prematuros. Deixamos claro que, não iremos interferir na conduta do serviço, nem na maneira como as mães se relacionam com seus filhos ou com os profissionais da instituição, nosso objetivo nessa fase será apenas de observação.

A outra fase será realizada com mães de recém-nascidos prematuros cadastradas nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família do município de Borda da Mata. A coleta de dados será realizada por meio de Oficinas, Observação Participante e Entrevista Semiestruturada. Nessa fase as mães somente irão participar da pesquisa quando concordarem em fazer parte do estudo, após as explicações sobre a origem e objetivo deste e assinatura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os riscos para a Instituição serão mínimos, podendo apresentar apenas algum desconforto com nossa presença, porém serão tomados todos os cuidados para que isso não ocorra, e a critério da instituição, essa fase da coleta de dados poderá ser interrompida a qualquer momento sem necessidade de apresentar justificativas para tal.

Espera-se que esse estudo possa colaborar na implementação de ações de saúde específicas para cuidado das crianças nascidas prematuras, por meio de orientações, encorajamento, e acompanhamento das mães desses bebês após a alta hospitalar; evitando possíveis complicações e reinternações, garantindo a qualidade de vida da criança e sua família.

Agradecemos a atenção dispensada a nossa solicitação.




Orientadora: Prof.^a Dra. Patrícia Mônica Ribeiro
PhD Escola de Enfermagem
Universidade Federal de Alfenas-UNIFAL-MG



Mestranda: Enf.^a Wanessa Cristina Tavares Araujo
Universidade Federal de Alfenas-UNIFAL-MG

De acordo,



Sr. DR. ALAN NASCIMENTO PAIVA
Diretor Técnico do Hospital das Clínicas Samuel Libânio



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 e Fax: (35) 3299 1063



APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa – **CUIDADO DOMICILIAR NA PREMATURIDADE: VIVÊNCIA MATERNA**, caso concorde em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone da UNIFAL e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: Cuidado domiciliar na prematuridade: vivência materna;

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Wanessa Cristina Tavares Araujo.

ENDEREÇO: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Alfenas/MG - UNIFAL –MG.

TELEFONE: (35) 3299-1000 e Fax: (35) 3299-1063.

OBJETIVOS: Compreender como as mães vivenciam o cuidado domiciliar do recém-nascido prematuro; e, Descrever como esse cuidado ocorre por meio de suas falas.

JUSTIFICATIVA: No cenário do preparo dos pais de recém-nascidos prematuros buscar investigar, discutir e contextualizar esse fenômeno e seus vários determinantes no cotidiano da família, pode resultar na elaboração de um Marco temático, o qual poderá servir como um subsídio da Assistência de Enfermagem à família. Além disso, a compreensão da vivência da família no cuidado do RN prematuro ajudará a implementar ações de prevenção, tratamento e reabilitação, visando o desenvolvimento saudável, livre de patologias, intercorrências evitáveis e reinternações, por meio da Educação em Saúde. A realização dessa pesquisa contribuirá ampliação do conhecimento nas áreas de Saúde Pública, Pediatria, Neonatologia, Puericultura e Saúde da Mulher.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: O estudo será realizado com mães que tiveram filhos prematuros de Junho de 2015 a Junho de 2016 do Município de Borda da Mata- MG. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG. A coleta de dados será realizada por meio de Oficinas, da Observação Participante e da Entrevista Semiestruturada.

RISCOS E DESCONFORTOS: Os riscos para as participantes serão mínimos, podendo apenas apresentar desconforto emocional ou certo constrangimento durante as entrevistas e oficinas, porém serão tomados todos os cuidados para que isso não ocorra, e caso seja manifestado qualquer desconforto pela participante, esta será encaminhada ao serviço de Psicologia do SUS do Município, e a critério da participante, a coleta de dados poderá ser interrompida. A participante estará livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa, sem necessidade de apresentar justificativas para tal.

BENEFÍCIOS: Espera-se que com os resultados desse estudo sejam realizadas reflexões e subsídios que poderão ser utilizados para o planejamento de estratégias eficazes na atenção de futuras mães de recém-nascidos prematuros e na prevenção de reinternações dos mesmos após a alta hospitalar.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Sua participação não irá gerar nenhum custo. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação. Em pesquisas onde o sujeito está sob qualquer forma de tratamento, assistência, cuidado, ou acompanhamento, apresentar a garantia expressa de liberdade de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/tratamento usual.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Garantia de sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, os dados não serão divulgados.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____.
Enfª Wanessa Cristina Tavares Araujo

Eu, _____ declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informada pela pesquisadora Wanessa Cristina Tavares Araujo dos procedimentos que serão utilizados, riscos, desconfortos, benefícios, custo/ reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento.

Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: comite.etica@unifalmg.edu.br, sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

LOCAL E DATA: _____.

Nome da participante: _____.

Assinatura: _____.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 e Fax: (35) 3299 1063



APÊNDICE E - TERMO DE ASSENTIMENTO

A menor _____ está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa – **CUIDADO DOMICILIAR NA PREMATURIDADE: VIVÊNCIA MATERNA**, caso concorde em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone da UNIFAL e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: Cuidado domiciliar na prematuridade: vivência materna;

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Wanessa Cristina Tavares Araujo.

ENDEREÇO: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Alfenas/MG - UNIFAL –MG.

TELEFONE: (35) 3299-1000 e Fax: (35) 3299-1063.

OBJETIVOS: Compreender como as mães vivenciam o cuidado domiciliar do recém-nascido prematuro; e, Descrever como esse cuidado ocorre por meio de suas falas.

JUSTIFICATIVA: No cenário do preparo dos pais de recém-nascidos prematuros buscar investigar, discutir e contextualizar esse fenômeno e seus vários determinantes no cotidiano da família, pode resultar na elaboração de um Marco temático, o qual poderá servir como um subsídio da Assistência de Enfermagem à família. Além disso, a compreensão da vivência da família no cuidado do RN prematuro ajudará a implementar ações de prevenção, tratamento e reabilitação, visando o desenvolvimento saudável, livre de patologias, intercorrências evitáveis e reinternações, por meio da Educação em Saúde. A realização dessa pesquisa contribuirá ampliação do conhecimento nas áreas de Saúde Pública, Pediatria, Neonatologia, Puericultura e Saúde da Mulher.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: O estudo será realizado com mães que tiveram filhos prematuros de Junho de 2015 a Junho de 2016 do Município de Borda da Mata- MG. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG. A coleta de dados será realizada por meio de Oficinas, da Observação Participante e da Entrevista Semiestruturada.

RISCOS E DESCONFORTOS: Os riscos para as participantes serão mínimos, podendo apenas apresentar desconforto emocional ou certo constrangimento durante as entrevistas e oficinas, porém serão tomados todos os cuidados para que isso não ocorra, e caso seja manifestado qualquer desconforto pela participante, esta será encaminhada ao serviço de Psicologia do SUS do Município, e a critério da participante, a coleta de dados poderá ser interrompida. A participante estará livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa, sem necessidade de apresentar justificativas para tal.

BENEFÍCIOS: Espera-se que com os resultados desse estudo sejam realizadas reflexões e subsídios que poderão ser utilizados para o planejamento de estratégias eficazes na atenção de futuras mães de recém-nascidos prematuros e na prevenção de reinternações dos mesmos após a alta hospitalar.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Sua participação não irá gerar nenhum custo. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação. Em pesquisas onde o sujeito está sob qualquer forma de tratamento, assistência, cuidado, ou acompanhamento, apresentar a garantia expressa de liberdade de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/tratamento usual.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Garantia de sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, os dados não serão divulgados.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____.
Enfª Wanessa Cristina Tavares Araujo

Eu, _____ declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informada pela pesquisadora Wanessa Cristina Tavares Araujo dos procedimentos que serão utilizados, riscos desconfortos, benefícios, custo/ reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento.

Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: comite.etica@unifalmg.edu.br, sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

LOCAL E DATA: _____.

Nome da participante: _____.

Assinatura: _____.

Nome do responsável: _____.

Assinatura do responsável: _____.

APÊNDICE E - ÁLBUM ELABORADO PARA OFICINA MOSAICO



ANEXO

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREMATURIDADE: O CUIDADO MATERNO DOMICILIAR

Pesquisador: Wanessa Cristina Tavares Araujo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57896516.6.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.774.512

Apresentação do Projeto:

Os cuidados maternos aos recém-nascidos prematuros no ambiente domiciliar demandam alterações nas trajetórias idealizadas pela maioria das mães, isto é, toda gestante planeja o nascimento de seu filho sem nenhuma intercorrência, tanto durante o processo do parto, como na volta para casa. Essas mães devem desenvolver habilidades, na maioria das vezes, consideradas difíceis, tais como os cuidados diários com a higiene do bebê e amamentação. Toda essa assistência é oferecida no período de internação hospitalar e durante o preparo para a alta do recém-nascido prematuro, no entanto, como as mães enfrentam o retorno ao domicílio? Quais mecanismos elas usam nesse processo? Como a mãe desenvolve suas habilidades de cuidado do filho prematuro? Diante dessa perspectiva, esse estudo será desenvolvido com o intuito de compreender como tais mães experienciam o cuidado domiciliar do recém-nascido prematuro; pela descrição do modo que esse cuidado ocorre por meio de suas falas. É um estudo de abordagem qualitativa, com emprego do método da Etnografia. Para coleta de dados realizar-se-á Observação Participante com imersão na vivência das mães nas oficinas e também durante as entrevistas semiestruturadas; utilizar-se-á um Caderno de Campo para registro dos dados, ademais, anotações sobre o convívio com o grupo cultural serão feitas. As entrevistas serão gravadas, transcritas pela pesquisadora e, posteriormente, transcritas para a construção das narrativas e identificação de tons vitais. Por

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro CEP: 37.130-000
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 1.774.512

fim, à análise dos dados será empregado o método proposto por Leininger (1991).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como as mães realizam o cuidado domiciliar do recém-nascido prematuro e, descrever como esse cuidado ocorre, por meio de suas falas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios superam os riscos. Estão escritos dentro dos padrões éticos da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante para a área de enfermagem e atenção primária à saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto presente e adequada

Anuência institucional presente e assinada

TCLE - presente e adequado.

Cronograma presente e adequado

Orçamente presente e adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_747303.pdf	24/08/2016 21:36:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	P.pdf	24/08/2016 21:36:18	Wanessa Cristina Tavares Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AP.pdf	24/08/2016 21:33:58	Wanessa Cristina Tavares Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	AS.pdf	24/08/2016 21:33:15	Wanessa Cristina Tavares Araujo	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.774.512

Ausência	AS.pdf	24/08/2016 21:33:15	Wanessa Cristina Tavares Araujo	Aceito
Cronograma	C.pdf	24/08/2016 21:32:29	Wanessa Cristina Tavares Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	T.pdf	24/08/2016 21:31:57	Wanessa Cristina Tavares Araujo	Aceito
Folha de Rosto	F.pdf	27/08/2016 11:45:17	Wanessa Cristina Tavares Araujo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 13 de Outubro de 2016

Assinado por:
Marcela Filié Haddad
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro CEP: 37.130-000
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br