



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Cedraz Moraes, Aisiane; Dias Quirino, Marinalva; Silva Almeida, Mariza
O cuidado da criança prematura no domicílio
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 22, núm. 1, enero-febrero, 2009, pp. 24-30
Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026616007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O cuidado da criança prematura no domicílio*

Home care of the premature baby

El cuidado del niño prematuro en el domicilio

Aisiane Cedraz Morais¹, Marinalva Dias Quirino², Mariza Silva Almeida³

RESUMO

Objetivos: Identificar o cuidado domiciliar prestado pela mãe e/ou responsáveis pelo cuidado da criança prematura; descrever o cuidado prestado ao prematuro no domicílio e os aspectos que interferem neste processo. **Métodos:** Estudo descritivo, qualitativo. Foram entrevistadas sete cuidadoras de prematuros nos seus domicílios. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e observação descritiva, analisados pela técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** As categorias foram: o cuidar da criança prematura no domicílio; preocupações que emergiram convivendo com o prematuro; a importância do suporte social para o cuidar do prematuro. **Conclusões:** As mães, cuidadoras, desempenhavam adequadamente o cuidado; explicitaram preocupações com crescimento e desenvolvimento do filho, com as intercorrências apresentadas e, também, a necessidade de suporte para este cuidar.

Descritores: Prematuro; Cuidado do lactente; Cuidadores; Relações mãe-filho

ABSTRACT

Objectives: To characterize and describe home care to the premature baby provided by mothers or other caretakers. **Methods:** A descriptive qualitative study was used. Seven caretakers were interviewed in their homes. The data were collected through semi-structured interview and analyzed using content analysis. **Results:** The emerged categories were: caring for the premature baby at home; living and interacting with the premature baby; and, the importance of social support in caring for the premature baby. **Conclusions:** The mothers, as caretakers, provided proper care to the premature baby, expressed concerns regarding the baby's development and growth, and voiced the need of support to deliver proper care.

Keywords: Infant premature; Infant care; Caregivers; Mother-child relations

RESUMEN

Objetivos: Identificar el cuidado domiciliario prestado por la madre y/o responsable del cuidado del niño prematuro; describir el cuidado prestado al prematuro en el domicilio y los aspectos que interfieren en este proceso. **Métodos:** Estudio descriptivo, cualitativo. Fueron entrevistadas siete cuidadoras de prematuros en sus domicilios. Los datos recolectados por medio de una entrevista semi-estructurada y observación descriptiva, se analizaron por la técnica del análisis de contenido. **Resultados:** Las categorías fueron: el cuidar del niño prematuro en el domicilio; preocupaciones que emergieron conviviendo con el prematuro; la importancia del soporte social para el cuidar del prematuro. **Conclusiones:** Las madres, cuidadoras, desempeñaban adecuadamente el cuidado; explicitaron preocupaciones con el crecimiento y desarrollo del hijo, con las ocurrencias presentadas y, también, la necesidad de soporte para este cuidar.

Descriptores: Prematuro; Cuidado del lactante; Asistencia domiciliaria; Cuidadores; Relaciones madre-hijo

* Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado "O cuidado à criança prematura no domicílio" apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

¹ Mestre, Professora Auxiliar da Universidade Federal do Vale do São Francisco- UNIVASF – Petrolina (PE), Brasil.

² Doutora, Professora Adjunto da Disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador (BA), Brasil.

³ Doutora, Professora Adjunto da Disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde da Mulher da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador (BA), Brasil.

INTRODUÇÃO

A assistência neonatal avançou muito nas últimas décadas, com a introdução de recursos terapêuticos mais eficazes, tecnológicos mais modernos e humanos especializados.

Esse avanço técnico-científico possibilita que a assistência biopsicossocial fique em segundo plano e que, em alguns momentos, não sejam resgatados na assistência aspectos importantes, como a presença da família, atendimento individualizado ou valorização de seus traços sócio-culturais.

Diante deste contexto, percebe-se a necessidade de cuidados hospitalares humanizados ao recém-nascido prematuro* (RNPT) e familiares, valorizando o bem-estar biopsicossocial na recuperação e reabilitação da saúde da criança, a formação e manutenção do vínculo afetivo mãe-filho e uma assistência que tenha continuidade no domicílio.

Acompanhar os pais no período da internação, verificando se os contatos com seus filhos estão mantidos e como são efetuados é uma forma de colaborar com a recuperação da criança. Esse acompanhamento é importante para que eles conheçam seu filho, identifiquem suas necessidades e saibam cuidá-lo na ocorrência da alta hospitalar ou até antes desta, ainda no hospital⁽¹⁾.

A alta hospitalar do prematuro implica em cuidados especiais, devido à sua maior fragilidade orgânica e emocional. Para estes cuidados, tanto os pais quanto a criança têm participação e responsabilidade neste processo, sendo que cada diáde mãe/filho é singular e única em sua dinâmica e história⁽²⁻³⁾. Assim, no planejamento da alta do RNPT é fundamental equilibrar o seu bem-estar e estabilidade com a capacidade da família de cuidá-lo, a disponibilidade de serviços de suporte na comunidade; permitindo a continuidade da assistência ao prematuro em seu lar.

As competências da família estão relacionadas ao amparo que esta pode destinar ao RN, à capacidade de cuidar, à compreensão que possui em relação às respostas de satisfação desta criança, às questões sociais, financeiras e culturais que influenciam o entendimento e aceitação do prematuro pela família.

A partir dessas reflexões, formulou-se o seguinte problema: como a criança prematura é cuidada no domicílio?

OBJETIVO

Identificar o cuidado domiciliar prestado pela mãe e/ou responsáveis pelo cuidado da criança prematura;

* Nesse estudo, os termos recém-nascido prematuro, bebê prematuro, criança prematura, filho prematuro ou prematuro serão utilizados como sinônimos

descrever o cuidado prestado ao prematuro no domicílio; descrever os aspectos que interferem neste processo do cuidar de criança prematura.

Referencial Teórico

Este estudo foi fundamentado no cuidado ao ser humano, com ênfase no cuidar do prematuro e no Método Mãe-Canguru como estratégia de atenção às crianças de baixo peso.

O cuidado consiste em esforços transpessoais de ser humano para ser humano, no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a encontrarem significado na situação de doença, sofrimento e dor, bem como na existência. O cuidar ajuda a outra pessoa a obter o auto conhecimento, o controle e a autocura⁽⁴⁾.

Cuidar do prematuro, pelas suas particularidades, exige conhecimento e estabelecimento de uma assistência direcionada às suas necessidades, abrangendo um cuidado específico durante o internamento e continuidade após a alta hospitalar.

O RNPT é uma criança de alto risco, susceptível a uma série de problemas decorrentes da imaturidade dos sistemas nervoso central e imunológico, dos aparelhos cardiovascular, respiratório, digestivo, renal⁽⁵⁾. Outro aspecto relevante é o fato de que seu nascimento antecipado e internação na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) podem trazer aos pais a sensação de incompletude, de não estarem preparados para exercerem seus papéis, pois durante a gravidez há uma preparação psicológica, vinculada aos estágios de mudanças corporais da mulher e que, ao final dos nove meses, ela experimenta um sentimento de prontidão para atendimento das necessidades integrais do bebê: alimentação, higiene, afeto, carinho⁽⁶⁻⁷⁾.

Deste modo, a assistência aos pais e sua participação nos cuidados prestados ao filho têm sido prioridade nas unidades neonatais. O longo período de internação do bebê e a privação do carinho e afeto aumentam o estresse da mãe e da família, o que pode prejudicar a continuidade do vínculo e do apego⁽⁸⁾.

O vínculo entre mãe e filho é o relacionamento mais sólido existente entre os seres humanos, e nesta relação existe algo singular, assegurado pela gestação e após o nascimento, a mãe assegura a sobrevivência do filho, pois este continua na sua dependência durante um período relativamente longo⁽⁷⁾.

Neste sentido, a enfermeira na unidade neonatal deve facilitar o contato precoce entre pais e prematuros, visando à continuidade do vínculo e do apego, considerando que é um processo gradual, que pode levar mais tempo do que os primeiros dias ou semanas do período pós-natal da criança nascida a termo⁽⁸⁾. O apoio e a segurança dados aos pais de filhos prematuros pela enfermeira são essenciais para que eles compreendam a

situação de risco a que o bebê está exposto, e saibam como cuidá-lo no domicílio⁽⁹⁾.

Dentre as estratégias que possibilitam este atendimento aos pais, ressalta-se o Método Mãe Canguru (MMC) que consiste no contato pele a pele precoce entre a mãe e o RNPT, favorecendo o aleitamento materno, o controle térmico, a estimulação sensorial e o fortalecimento do vínculo afetivo⁽¹⁰⁾. O MMC proporciona a aproximação entre a família e a criança e a equipe de saúde e o desenvolvimento de uma assistência abalizada na humanização.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no período de maio a agosto de 2007. Os locais de estudo foram os domicílios de crianças que estiveram internadas no Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS), localizado no município de Feira de Santana.

A pesquisa foi desenvolvida com base na Resolução n.º 196/96. O caráter confidencial e a privacidade foram assegurados através de códigos de identificação dos pesuados. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o Processo n.º 087/2007.

Os sujeitos deste estudo foram sete mães das crianças prematuras. Os critérios de inclusão foram: ter uma criança prematura internada recebendo o MMC do HIPS de abril a junho de 2007, residir no município de Feira de Santana e já ter recebido alta hospitalar. Inicialmente não se delimitou o número de entrevistados, partindo do pressuposto de que seriam realizadas entrevistas até que elas se tornassem repetitivas e/ou atendessem ao objeto de pesquisa.

Os dados foram obtidos através das técnicas de Observação Direta Descritiva e Entrevista Semi-estruturada. Esta observação é realizada de forma totalmente livre, embora o investigador de campo deva estar sempre focalizado no que constitui seu objeto de estudo⁽¹¹⁾. Neste estudo, a observação enfocou os seguintes aspectos: Espaço domiciliar; Relação do cuidador com a criança; Cuidados prestados durante a visita do pesquisador; Participação da família como auxiliadora do cuidador; e Acesso/distância do domicílio aos serviços de saúde. Além destes, outros aspectos que apareceram espontaneamente em cada contexto foram registrados no Diário de Campo.

O Diário de Campo foi elaborado a partir das observações durante as visitas aos domicílios das crianças, pela pesquisadora. Seu registro aconteceu espontaneamente, sem rigor teórico, mas com anotações pertinentes para o entendimento do objeto de estudo. Os registros eram feitos após cada visita, na residência da pesquisadora.

A entrevista semi-estruturada foi utilizada por permitir maior interação entre pesquisador e sujeito do estudo, além de possibilitar a percepção de sentimentos, emoções

e valores. As questões norteadoras foram: Como você cuida desta criança prematura em casa? Como é cuidar desta criança? Que aspectos interferem neste cuidado?

A coleta de dados aconteceu no domicílio de sete binômios e, coincidentemente, os sujeitos foram as mães, pois eram estas que cuidavam integralmente dos prematuros.

As visitas domiciliares a cada binômio aconteceram em dois momentos: uma entre oito a quatorze dias após a alta e a segunda de oito a dez dias após a primeira. Foram realizadas duas visitas com a finalidade de alcançar os objetivos propostos pelo estudo. Cada visita teve a duração média de uma hora. Essas visitas foram agendadas durante contato da pesquisadora com os sujeitos no hospital após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e a segunda visita, durante a primeira entrevista.

Após a coleta, utilizou-se a Análise de Conteúdo, modalidade temática⁽¹²⁾, a fim de acessar a subjetividade das mães no processo de cuidar do filho prematuro no domicílio.

A análise dos dados ocorreu através da codificação das falas das entrevistadas, relacionando-as com os dados da observação e fundamentação teórica. Os códigos foram agrupados pelas semelhanças de significados em categorias específicas.

RESULTADOS

Estudar o cuidado do prematuro no domicílio permitiu conhecer a experiência vivenciada pela mãe (cuidadora) e pela família neste contexto, conhecer como estas crianças são cuidadas, identificar quais os aspectos envolvidos neste processo e as preocupações que surgem ao conviver com o RNPT.

As categorias apreendidas foram: O cuidar da criança prematura no domicílio; Preocupações que emergiram convivendo com o prematuro; A importância do suporte social para o cuidar do prematuro.

O cuidar da criança prematura no domicílio

O universo temático sobre o cuidado da criança prematura é revelado através dos aspectos gerais do cuidar da criança prematura, da percepção do RNPT pelo cuidador e como lhe são prestados os cuidados.

As mães associam o prematuro a uma criança frágil, susceptível a intercorrências devido ao seu tamanho, como expressam essas afirmações:

“Ele é muito pequenininho, parece que vai cair da minha mão” (Dália, Ent.1).

“Porque ela nasceu antes do tempo, [...] ta mais frágil” (Hortência, Ent.1).

“Ela é muito frágil... pra ter essa gripe forte, ela é muito frágil pra resistir” (Azaléia, Ent.2).

Ao perceber o corpo da criança prematura como delicado e frágil, sutil pelo tamanho, as mães podem se sentir despreparadas e incapacitadas para cuidar, ou desenvolver uma percepção distorcida do filho, concentrando-se mais nas deficiências e vulnerabilidades do que nos recursos positivos presentes, e aí começam a superprotegê-lo⁽¹³⁾.

A mãe demonstra apreensão de não saber atender às necessidades do filho ou de expô-lo a situações de risco, como mostram os relatos:

“Sempre estou olhando ele com cuidado... porque ele foi prematuro... As enfermeiras sempre falavam que tem que ter um cuidado especial com ele, né... sempre ficar de olho, não deixar ele só por muito tempo” (Camélia, Ent.1.).

“Por causa do tamanho e da prematuridade dele. Por causa disso, eu acho que o cuidado é mais diferenciado, é dobrado” (Rosa, Ent.1.).

“Mas eu sei que o cuidado é muito (ênfática) maior do que se fosse uma criança a termo” (Hortência, Ent.1.).

As falas seguintes evidenciam como as mães atendem às necessidades básicas do filho (alimentação, higiene, sono e repouso, entre outras), incluindo o apoio emocional (carinho, brincadeiras).

“Dou banho... sempre na hora certa, dou leite, faço tudo normal. [...] Dou banho, dou carinho, faço um bocado de coisas aí” (Dália, Ent.1.).

“Dou o banho, sempre no mesmo horário todo dia, [...] aí depois dou a mamada dele, coloco pra dormir. [...] A gente brinca, dá risada, aí meu Deus... é tão gostoso (risos)” (Amarílis, Ent.1.).

“Eu cuido com o maior carinho, o maior cuidado [...] Eu acordo, amamento ele, dou o banhozinho dele na hora certa, os remédios também na hora certa” (Rosa, Ent.1.).

Foi possível descrever e observar como as mães realizam os cuidados de alimentação, higiene, aquecimento e a prevenção das infecções.

Com relação à alimentação, as mães priorizam o aleitamento materno exclusivo. O leite materno é valorizado e elas conseguem identificar as mudanças necessárias quanto à quantidade e frequência do aleitamento. Ainda que incipiente, surgem preocupações relacionadas ao momento do desmame, especialmente no que se deve ofertar ao bebê.

“Dar só leite materno até os seis meses, depois acrescentar outros alimentos” (Camélia, Ent.1.).

“Dou mama a ele na hora certa, boto ele pra arrotar e ele vai dormir. Quando ele acorda... ele quer mamar de novo... Eu pego e dou” (Dália, Ent.1.).

“Então é muito relativo pra eu poder descrever os horários, ela num ta com horário de dieta que nem tava no hospital. Ela... as vezes de três em três horas, as vezes é duas e meia, as vezes três e meia.” (Hortência, Ent.1.).

O leite humano é recomendação primordial na alimentação do prematuro, porque o leite produzido pela sua mãe durante o primeiro mês após o parto apresenta concentrações mais elevadas de proteínas, sódio e cloro do que o leite da mãe do recém-nascido a termo e constitui o melhor alimento para estas crianças⁽¹⁴⁾.

Para manter o bebê aquecido, as mães reproduzem o que apreenderam durante o internamento no MMC, como a utilização da posição mãe canguru, envolvimento da criança em algodão e mantas e termômetro para controlar a temperatura.

“Sempre carrego ele, pra ele ficar quentinho... só que num tem aqui a bolsa do canguru (risos) coloco mantinha com ele aqui no quarto” (Camélia, 1º Ent.).

“Eu to sempre usando o termômetro pra ver se a temperatura dela tá boa, porque eu to sempre aquecendo, uso algodão nas mãos e nos pés” (Jasmim, 1º Ent.).

Ao reconhecer a susceptibilidade do prematuro pela fragilidade do sistema imunológico, as mães previnem as infecções através da restrição de visitas, cuidados com os utensílios e vacinação.

“Ai, antes de três quilos num pode entrar[...]a gente tem o maior cuidado. E ferver a mamadeira todos os dias” (Amarílis, Ent.1.).

“Visita é que é o problema mesmo [...] eu falo que não pode receber visita não, aí falo que foi prematuro. E que não pode tá tendo muito contato com pessoas” (Hortência, Ent.2.).

“Eu acho que traria bactérias vindo da rua, tenho assim informação, acho traria alguma coisa da rua, é certo que se chegasse aqui hoje eu não ia deixar pegar, todos que chegam quer logo pegar, [...] aí eu to evitando” (Hortência, Ent.2.).

A restrição de visitas é uma medida que contribui para prevenção de infecções. Assim, os pais devem evitar que o bebê tenha contato com pessoas resfriadas ou gripadas, e justificar às visitas que o bebê estando em casa terá muito tempo para recebê-las; não sendo necessário aglomeração de pessoas⁽¹⁵⁾.

Outras medidas utilizadas para a proteção foram lavagem das mãos, fervura de mamadeira, chupeta ou chucas, restrição de corrente de ar e de perfumes. Essas medidas domiciliares foram mencionadas por Balbino⁽⁵⁾, revelando que os pais de prematuros previnem infecção domiciliar com hábitos de higiene em relação à casa, à limpeza de um modo geral e aos cuidados com o recém-nascido, como lavar as mãos para realizar as trocas do bebê, higiene no preparo da alimentação.

A vacinação constitui uma estratégia eficaz para prevenção de doenças infecto-contagiosas, que são muito graves quando acometem crianças pequenas e prematuras. Provavelmente por este motivo, insurgiu como uma preocupação das mães, pois reconhecem que os filhos precisam ser vacinados, mas

algumas revelaram que a mesma é forte para ser administrada ou foram desestimuladas pelos profissionais das unidades básicas de saúde que apresentaram condutas diferentes para vacinar o bebê, utilizando, como referência, ou a idade ou peso do bebê.

“Vacina eu ainda foi o que não fiz, eu também procurei não, só depois de três quilos” (Amarilis, Ent.1.).

“Aí pelo fato dessa da perna ser muito forte, [...] porque hoje ela tomou uma, aí depois de amanhã ela faz dois meses que tem uma outra vacina que tem que dar com dois meses. Aí pra não ser muito próxima e o peso dela é dois quilos e duzentos, elas disseram que quando ela tiver com dois meses e meio que o peso tá melhor, que é pra dar” (Jasmim, Ent.1.).

Preocupações que emergiram convivendo com o prematuro

Emergiram nesta pesquisa as preocupações que as mães têm com o crescimento e desenvolvimento dos filhos e com as intercorrências que eles apresentaram.

As apreensões com as intercorrências incluem a exacerbação de alguma doença pré-existente, o aparecimento de outras e a adequação das condutas diante aos sintomas apresentados.

A preocupação com relação ao crescimento da criança foi demonstrada pelo aumento da altura e principalmente do peso. Para elas, a única referência significativa é se está ganhando peso, independente deste ganho ser o esperado.

Outra preocupação evidenciada foi relativa ao desenvolvimento do filho. Emergem os aspectos que as mães adotaram para avaliar o desenvolvimento da criança, sendo preponderante a observação dos movimentos que aquela consegue realizar.

“Ela já tá ficando no carro sozinha” (Jasmim, Ent.2.).

“Ela ficava quietinha na cama, hoje ela não fica quietinha na cama. Ela já sai do lugar dela, já tá se mexendo, já tá saindo do lugar dela, a cabeça ela suspende” (Hortência, Ent.2.).

Cuidar desta criança implica três desafios: garantir seu prognóstico imediato, ou seja, sua sobrevivência; minimizar sua morbidade imediata e propiciar um bom prognóstico tardio⁽¹⁶⁾. Para os pais de prematuros, a preocupação após o nascimento e durante a hospitalização concentra-se na sobrevivência deste e após a alta é substituída pela manutenção da saúde. Isto deve-se à percepção e à constatação de que ainda há riscos para a saúde dele e que, mesmo obtida a estabilidade clínica, o RNPT pode apresentar intercorrências.

“A única preocupação hoje que eu tenho é o refluxo” (Hortência, Ent.2.).

“Ela foi uma criança que já passou por várias coisas, já ficou ... já teve cianose, né, de uma hora pra outra, então.... a gente fica morrendo

de medo que isso venha acontecer de novo” (Jasmim, Ent.1.).

“Ele tem problemas cardíacos, [...] tem refluxo também, a pressão dele também é alta” (Amarilis, Ent.1.).

O atendimento das intercorrências apresentadas pelo filho foi fundamentado pelas orientações recebidas durante o internamento no Método Mãe Canguru.

A importância do suporte social para o cuidar do prematuro

O suporte social, neste estudo, abrange a rede de apoio que o cuidador tem para o processo cuidar/cuidado no domicílio. Inclui o suporte oferecido pela família ou outras pessoas que se dispõem a ajudá-lo, a organização de serviços que proporcionam assistência ao indivíduo, o amparo social, educativo, espiritual e de saúde.

Percebeu-se que é a mãe quem cuida do prematuro, reafirmando que o cuidar da criança é uma tarefa culturalmente delegada à mulher, principalmente quando se trata de uma criança prematura, que requer cuidados especiais⁽⁵⁾. Ressalta-se que as avós e os pais ajudam a cuidadora, porém no cuidado indireto, com ações auxiliares.

O treinamento da mãe para o cuidado domiciliar do bebê se dá durante toda a internação do prematuro, procurando-se desenvolver habilidades e transmitir conhecimentos específicos. A literatura enfatiza a importância do preparo das mães para a alta hospitalar, reduzindo a ansiedade e aumentando a autoconfiança materna no cuidado domiciliar. Dessa forma, a adaptação da família à criança, após a alta hospitalar, é facilitada⁽¹⁵⁾.

Os relatos confirmam como o MMC contribuiu para o aprendizado dos cuidados domiciliares:

“A ajuda também de algumas pessoas que tavam lá, que ficam incentivando a gente... alguns profissionais [...]. No canguru elas sempre orientavam” (Rosa, Ent.1.).

“Porque no canguru tem uma experiência de como você vai cuidar em casa, né, aí porque lá fiquei uma semana cuidando dele praticamente só, no primeiro dia a enfermeira me ajudou, mas nos outros dias só foi eu só, fazendo como ia fazer em casa [...] Foi já uma prática ... porque eu adquiri mais experiência pra cuidar dele” (Camélia, Ent.2.).

Associadas à prática e ao cotidiano do MMC, as cuidadoras receberam informações que nortearam o modo de cuidar no espaço social do domicílio. Além destes suportes, é fundamental o seguimento desta criança, que consiste no *follow-up*.

Este seguimento deve ocorrer até a idade escolar e ter periodicidade; sendo a primeira consulta em torno de uma semana após a alta, para avaliar a adaptação do prematuro ao lar. Em seguida, as consultas devem ser bimensais, no primeiro semestre, e trimestrais até os

dezoito meses. De dois a quatro anos, as consultas podem ser a cada seis meses, se a criança estiver evoluindo bem, e, posteriormente, uma vez ao ano⁽¹⁶⁾.

No entanto, dentre as crianças, apenas uma tinha seguimento próximo do esperado, que incluía consultas e exames, por meio de atendimento particular como mostram os depoimentos:

“Por enquanto num tá sendo acompanhada não” (Azaléia, Ent.1.).

“Aqui no posto também num tem, né, pediatra.. aí tá sendo difícil” (Hortência, Ent.1.).

“Eu ainda num marquei nada pra ele ainda [...] aí eu quero marcar uma consulta com o pediatra, vou fazer a puericultura dele e vou marcar tudo essa semana” (Rosa, Ent.1.).

“Já fiz a ultra-som, [...] o teste da orelhinha [...] Por enquanto eu to fazendo particular” (Hortência, Ent.2.).

DISCUSSÃO

Para cuidar da criança prematura, as mães comparam-na com o bebê nascido a termo e reconhecem que a primeira apresenta especificidades que exigem maior atenção e dedicação. Este cuidado diferenciado e a preocupação da mãe em vigiar constantemente o prematuro justificam-se pela sua condição de nascimento, a qual exigiu uma assistência complexa.

As observações realizadas mostraram que os cuidados prestados à criança referentes à higiene, alimentação, prevenção de infecções são adequados. Quanto ao atendimento das intercorrências apresentadas pelo filho (apnéia, refluxo gastroesofágico, cianose), as mães na entrevista expressavam preocupações, insegurança e medo.

Os comentários a respeito do prematuro oscilam entre aspectos temerosos e excesso de cuidado, os quais podem influenciar na capacidade dos pais de cuidar bem desta criança ou levá-los a apresentar medo ou insegurança para prestar-lhe o cuidado. Sentimentos como apreensão, inquietação e medo são mais evidentes neste cuidado, pois os pais nunca se preparam para cuidar de uma criança prematura, não esperam que seu filho nasça antecipadamente⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Com relação à higiene da criança (banho, troca de fraldas, limpeza das partes do corpo), segue-se praticamente as recomendações da literatura, exceto a indicação da rotação lateral para manipular o bebê durante a mesma, visto que a posição utilizada é exclusivamente o decúbito dorsal.

No cuidado do RNPT, emerge a apreensão com as complicações, porque o associam a um ser frágil e indefeso e com maiores chances de adoecer do que a criança a termo. A vivência de familiares com prematuros no domicílio revela que não só o cuidar do corpo frágil preocupa a família, mas o medo da criança adoecer ou

ter complicações graves, levando a uma insegurança tal, que interfere nos hábitos e rotinas de todos os membros da família⁽¹⁹⁾.

O contexto de cada família, considerando a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, condição financeira restrita, desarticulação da terceira fase do MMC, inexistência de políticas públicas que dêem suporte ao acompanhamento dos prematuros, resultam em seguimento ineficaz, quando não inexistente, expondo estes RNPTs a maior risco de morbimortalidade.

Neste sentido, a assistência perinatal apresenta inúmeras dificuldades no lugar da garantia de acesso, iniquidade onde deveria encontrar equidade, desorganização e a fragmentação ao invés de regionalização e hierarquização do sistema, bem como as preocupantes e freqüentes inadequações técnico-científicas, configurando-se em desafios para a gestão pública daquela assistência⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer as experiências vivenciadas pela mãe e familiares no processo de cuidar do prematuro no domicílio.

As observações realizadas mostraram que os cuidados prestados à criança referentes à higiene, alimentação, prevenção de infecções são adequados. Quanto ao atendimento às intercorrências apresentadas pelo filho (apnéia, refluxo gastroesofágico, cianose), as mães, na entrevista, expressavam preocupações, insegurança e medo.

Estes aspectos reforçam a importância de se fornecer aos cuidadores de prematuros durante sua permanência no MMC, tanto as informações citadas anteriormente quanto as que dizem respeito às intercorrências.

Assim, o profissional responsável pelo ato de cuidar deve permitir que as necessidades sentidas pelas mães aflorem, em vez de determiná-las. Deve desenvolver as ações de cuidados do filho com as mães, em vez de para as mães, dando-lhes oportunidade para falarem sobre o medo, a ansiedade e insegurança para cuidar do filho.

Acredita-se que este seja o primeiro passo para que a criança prematura tenha uma assistência adequada às suas necessidades. O próximo passo consiste na elaboração de um protocolo de ações de enfermagem para as mães e familiares de bebês prematuros no MMC e nos domicílios, incluindo a visita domiciliar e a disponibilidade da enfermeira para esclarecimento de dúvidas tanto no MMC quanto na residência.

Ressalta-se, ainda, o estímulo às autoridades públicas para a implantação da terceira etapa do MMC – o ambulatório de *follow-up* – a fim de que a criança seja acompanhada em seu crescimento e desenvolvimento segundo a recomendação do próprio MMC.

REFERÊNCIAS

1. Ramalhão AB, Dupas G. Vivendo a ambivalência: o significado da visita para os pais de neonatos internados em Unidade de Tratamento Intensivo. *Acta Paul Enferm.* 2003;16(3):41-50.
2. Pereira DZT, Miura E, Almeida ICA, Squeff RBS, Chem VOM, Mello VMHP. Criando crianças: da concepção aos 6 anos. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
3. Nóbrega FJ. Vínculo mãe/filho. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
4. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.
5. Balbino FS. Preocupações dos pais de recém-nascidos prematuros com a proximidade da alta da unidade de terapia intensiva neonatal [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004.
6. Brazelton TB, Cramer BG. As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
7. Klaus MH, Kennell JH. Relación madre-hijo: impacto de la separación e pérdida prematura en el desarrollo de la familia. Buenos Aires: Panamericana; 1978.
8. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev Latinoam Enferm.* 2003;11(4):539-43.
9. Brum EHM, Schermann L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004;9(2):457-67.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9a. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
12. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
13. Buarque V, Lima MC, Scott RP, Vasconcelos MGL. O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. *J Pediatr (Rio J).* 2006;82(4):295-301.
14. Vinagre RD, Diniz EMA. O leite humano e sua importância na nutrição do recém-nascido prematuro. São Paulo: Atheneu; 2002.
15. Fonseca LMM, Scochi CGS, Rocha SMM, Leite AM. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. *Rev Latinoam Enferm.* [periódico na Internet]. 2004;12(1):65-75.
16. Rugolo LMSS. Follow-up do recém-nascido de muito baixo peso. In: Costa HPF, Marba ST, coordenadores. O recém-nascido de muito baixo peso. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 469-77. [Série Atualizações Pediátricas. Sociedade de Pediatria de São Paulo].
17. Tronchin DMR, Tsunehiro MA. Cuidar e conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. *Rev Latinoam Enferm.* 2006;14(1):93-101. Disponível em:
18. Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. 11a. ed. Petrópolis (RJ) Vozes; 2004.
19. Gaíva MAM, Ferriani MGC. Prematuridade: vivências de crianças e familiares. *Acta Paul Enferm.* 2001;14(1):17-27.
20. Carvalho M, Gomes MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *J Pediatr (Rio J).* 2005;81(1Supl):S111-8.