



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO ENFERMAGEM - BACHARELADO

MAYANA VITA DE OLIVEIRA

CUIDADO DE MÃES COM BEBÊS PREMATUROS

Salvador
2007

MAYANA VITA DE OLIVEIRA

CUIDADO DE MÃES COM BEBÊS PREMATUROS

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem apresentado ao Departamento de Ciências da Vida / Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, como requisito para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a.Msc. Joana Angélica Teles Santana

Salvador
2007

FICHA CATALOGRÁFICA – Biblioteca Central da UNEB
Bibliotecária: Jacira Almeida Mendes – CRB: 5/592

Oliveira, Mayana Vita de

Cuidado de mães com bebês prematuros / Mayana Vita de Oliveira. – Salvador, 2007 .
65f.

Orientadora: Joana Angélica Teles Santana.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade do Estado da Bahia.

Departamento de Ciências da Vida. Colegiado de Enfermagem. Campus I. 2007.

Contém referências e apêndices.

1. Prematuros - Cuidado e tratamento. 2. Mãe e filhos. 3. Mãe e lactente. 4. Enfermagem.
I. Santana, Joana Angélica Teles. II. Universidade do Estado da Bahia, Departamento de
Ciências da Vida.

CDD: 610.73

MAYANA VITA DE OLIVEIRA

CUIDADO DE MÃES COM BEBÊS PREMATUROS

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em: -----/-----/-----

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª. Msc. JOANA ANGÉLICA TELES SANTANA
Universidade do Estado da Bahia

Examinadora: Prof^ª. Msc. MARY LÚCIA SOUTO GALVÃO
Universidade do Estado da Bahia

Examinadora: Prof^ª. Msc. TÂNIA SANTANA MENEZES BARBOSA
Universidade do Estado da Bahia

Suplente: Prof^ª. SANDRA CABRAL PORTELLA
Universidade do Estado da Bahia

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **João e Maria**, por me apoiarem em todas
as minhas decisões.

Ao meu namorado, **André Elídio**, quem eu tanto amo, por
estar presente em todos os momentos alegres e tristes
proporcionando-me amor e coragem.

À minha sobrinha querida, **Amanda**, por me fazer muito
feliz.

AGRADECIMENTO

Primeiramente à **Deus**, por ter concedido-me forças para
recomeçar essa caminhada.

À **Profª. Joana Angélica Teles Santana**, por me orientar
na construção deste trabalho, pela paciência e dedicação.

À minha amiga **Marita**, por quem eu tenho imenso
carinho e por ter sido a minha grande companheira nesta
jornada.

*Separamos o psiquismo, o intelectual, o sensorial e o emocional...
Entretanto, seria conveniente integrá-los,
para entender o ser humano,
o recém-nascido,
e antes dele o feto em sua integridade,
pois que este já é um ser humano...*

Marie-Claire Busnel (2003).

RESUMO

OLIVEIRA, Mayana Vita. **Cuidado de Mães com Bebês Prematuros**. 2007. 64f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento Ciências da Vida, Curso de Enfermagem, Universidade do Estado da Bahia. 2007.

O objetivo desta pesquisa foi descrever os cuidados realizados pelas mães de bebês prematuros internados numa unidade hospitalar, relatar as facilidades e dificuldades enfrentadas pelas mães na realização do cuidado e identificar os fatores relacionados à prematuridade na ótica dessas mulheres. Trata-se de uma pesquisa qualitativa na qual utilizou-se a entrevista semi-estruturada e o gravador como meio auxiliar. O local de estudo foi uma maternidade pública do Município de Salvador-Ba, que presta assistência à gestante de risco. A amostra constituiu-se de dez mulheres, mães de bebês prematuros cujos filhos estavam internados há no mínimo cinco dias. O tratamento dos dados deu-se a partir da transcrição das entrevistas e categorização. Utilizou-se Minayo (1994) para operacionalização e Bardin (1977) para a análise de conteúdo na modalidade temática. Nos resultados emergiram as categorias: cuidados expressivos; cuidado técnico; como as mães cuidam dos seus bebês; justificativas das mães no cuidado dos bebês; facilidades e dificuldades relatadas pelas mães no cuidado e fatores relacionados à prematuridade na concepção das mães. Revelam diferenciação no cuidado realizado pelas mães de prematuros conforme o estado de saúde do bebê e local de internamento. Declaram como facilidades no cuidar, a atuação do profissional, vontade em querer aprender e a permanência na instituição e como dificuldades, o seu estado emocional, medo e uso de aparelhos pelo bebê. Além disso, associam a causa da prematuridade à hipertensão arterial e aminorrexe prematura. Conclui-se que a realização do cuidado do bebê pela mãe favorece o contato e evita transtornos psicológicos entre ambos. Promove a independência e segurança da mãe no cuidar, sendo a enfermeira responsável pelo estabelecimento deste contexto.

Palavras Chave: Cuidado, prematuridade, Enfermagem, cuidados de mães.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Mayana Vita. **Beware of Mothers with Babies premature**. 2007. 64f. Work of completion of travel (Degree in Nursing) - Department of Life Sciences, Course of Nursing, University of the State of Bahia. 2007

The purpose of this research was to describe care made by mothers of premature babies hospitalized in a hospital, reporting the facilities and difficulties faced by mothers in the implementation of care and identify the factors related to prematuridade the perspective of women. This is a qualitative research which used to semi-structured interview and the recorder as auxiliary means. The place was a study of maternity public by the Municipality of Salvador-Ba, which provides assistance to gestante risk. The sample has been of ten women, mothers of premature babies whose children were hospitalized there at least five days. The processing of the data has from the transcript of the interviews and categorization. There used Minayo (1992) for operation and Bardin (1977) for the analysis of in the mode thematic content. In the results emerged categories: care expressive; care technician, as the mothers take care of their babies; justifications of mothers in the care of babies; facilities and difficulties reported by mothers in the care and factors related to prematuridade in the design of mothers. They reveal differences in care performed by mothers of premature as the state of health of the baby and place of internment. As stated in care facilities, the performance of the work, willingness to learn and want to stay in the institution and how difficulties, his emotional state, fear and use of equipment by the baby. Moreover, associate the cause of prematuridade to hypertension and aminorrexe premature. It follows that the completion of the baby care by the mother favors counted and avoids psychological disorders between the two. It promotes the independence and safety of the mother in the care, and the nurse responsible for the establishment of this context.

Keywords: Care, prematuridade, nursing, care for mothers.

IDENTIFICAÇÃO DE QUADROS

Quadro 1 - Demonstrativo das categorias e sub-categorias encontradas.	30
Quadro 2 - Facilidades e dificuldades do cuidar de prematuros	51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVO GERAL	15
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 O CUIDAR/CUIDADO	17
2.2 O CUIDAR DE CRIANÇAS PREMATURAS	19
2.3 CARACTERÍSTICAS DO PREMATURO E FATORES RELACIONADOS	22
3 METODOLOGIA	26
3.1 TIPO DE PESQUISA	26
3.2 LOCAL DE ESTUDO	26
3.3 CARACTERIZAÇÃO DAS INFORMANTES	25
3.4 PROCEDIMENTOS PARA ENTRADA NO CAMPO	28
3.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	30
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	31
3.7 APRESENTAÇÃO DOS DADOS	32
4 CARACTERÍSTICAS DOS CUIDADOS DAS MÃES DE BEBÊS PREMATUROS	33
4.1 CUIDADOS EXPRESSIVOS	33
4.2 CUIDADOS TÉCNICOS	39
4.3 COMO AS MÃES CUIDAM DOS SEUS BEBÊS	42
4.4 JUSTIFICATIVAS DAS MÃES NO CUIDADO DOS BEBÊS	45
4.5 FACILIDADES E DIFICULDADES RELATADAS PELAS MÃES NO CUIDADO DO PREMATURO	50
4.6 FATORES RELACIONADOS À PREMATURIDADE NA CONCEPÇÃO DAS MÃES	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	65
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada	67

1 INTRODUÇÃO

Como estudante de graduação em Enfermagem, durante as práticas de campo impressionava-me o universo que envolvia as mulheres, mães de crianças prematuras, seja pelas características das crianças por suas fragilidades, seja por querer entender melhor como essas mulheres lidavam cotidianamente com seus bebês prematuros, na realização de cuidados de enfermagem na unidade hospitalar.

Para o Ministério da Saúde, Brasil (2000) a gestação que se encerra num período entre 154 a 259 dias é considerada uma gravidez pré-termo. Conforme Bittar (2001, p.15) “O nascimento prematuro é aquele que ocorre em idades gestacionais inferiores à 37 semanas [...]”. Esse fato diminui a capacidade de sobrevivência da criança que pode sofrer variadas seqüelas, vez que o seu organismo não está completamente formado.

Brasil (2000) considera como etiologia do trabalho de parto prematuro: complicações obstétricas, comportamento da gestante, alterações fetais e placentárias e condições sócio-econômicas adversas. A prematuridade, além dos determinantes descritos, também está associada aos problemas fisiopatológicos que a mulher pode apresentar na gestação estando intimamente ligado ao conjunto de fatores socioeconômicos tais como: renda familiar, escolaridade, nutrição, moradia, número de consultas realizadas durante o pré-natal e acesso ao serviço de saúde.

Partos prematuros têm se tornado uma ocorrência freqüente na atualidade. Apesar dos avanços tecnológicos no campo da saúde, a prematuridade, é considerada como a principal causa de óbito perinatal. As mortes ocorrem principalmente pelas complicações que provocam no recém-nascido como: afecção respiratória, imaturidade pulmonar, asfixia intra-uterina e intraparto, baixo peso ao nascer, traumatismo obstétrico e infecção intra-uterina (CARVALHO; PROCHNIK, 2001).

[...] evitar a prematuridade continua sendo um grande desafio [...] Trata-se de uma missão difícil, não apenas devido ao conhecimento incompleto dos fatores etiológicos e da fisiopatologia da prematuridade, por não se tratar apenas de um problema de ordem médica, mas, também, educativo e social, o que o torna mais complexo. (BITTAR, 2001, p.15)

O recém-nascido prematuro apresenta características próprias quando comparado ao recém-nascido a termo, ou seja, aquele que nasce entre a 37^a e 42^a semanas de gestação. A prematuridade determina a necessidade de cuidados específicos de enfermagem e treinamento das famílias, em especial das mães que passam grande parte do tempo

acompanhando o bebê no hospital, nesses casos.

A enfermeira tem um papel fundamental em promover o preparo das mães de crianças prematuras no cuidado com o bebê, para que as mesmas possam ter sucesso durante a hospitalização e após alta hospitalar.

A enfermagem é uma profissão que “lida com o ser humano, interage com ele e requer o conhecimento de sua natureza física, social, psicológica e suas aspirações espirituais” (WALDOW, 1998, p.62). A mesma autora coloca que “o cuidar é enfatizar a característica de processo interativo e de fluidez da energia criativa, emocional e intuitiva [...]” (IBIDEM, p.62).

Desse modo, o processo de cuidar desenvolvido pela enfermeira além de está imbuído de conhecimento técnico-científico, está associado aos aspectos afetivos.

Waldow (1998) estabelece que as intervenções do cuidar podem ser de ordem técnica ou expressiva. Denomina as intervenções técnicas como as planejadas pela enfermeira, relacionadas à avaliação de dados objetivos, valores, níveis padronizados, entre outros. As de ordem expressiva são aquelas que são averiguadas junto ao paciente ou família pela observação de sinais subjetivos, como exemplo cita as ações educativas, apoio emocional, reações do cliente, entre outras.

Bobroff (2003), ampliando o conceito estabelecido por Waldow (1998), esclarece que as dimensões: afetiva / expressiva envolve sentimentos e emoções da enfermeira ao prestar assistência, garantindo o bem-estar e segurança dos pacientes, enquanto a dimensão técnica / instrumental refere-se ao cuidar em que a enfermeira desenvolve as ações de forma técnica, impessoal, baseada no conhecimento científico, garantindo às necessidades básicas do paciente.

As dimensões do cuidar estão em interação, devendo estar presentes ao mesmo tempo, cada uma com intensidades diferentes, conforme a situação apresentada pelo cliente. O cuidado de enfermagem não existe se não houver uma integração entre o conhecimento técnico-científico e os valores humanísticos, pois a essência da Enfermagem é o cuidar.

Na situação de prematuridade, o cuidado prestado pela enfermeira tem suas dimensões variadas em relação ao ser cuidado. Com a internação da criança, a enfermeira cuidará tanto do bebê, em condições de saúde instável, quanto da mãe que se encontra numa situação especial. Em determinados momentos, com o objetivo de manter a vida do bebê pré-termo, o cuidado técnico se sobressairá em relação ao cuidado afetivo. Porém, em relação à mãe da criança, o ideal é que o cuidado afetivo se sobreponha à outra vertente.

Nesse sentido, devido à imaturidade e ao quadro de instabilidade do bebê a mãe é

submetida a muitas restrições, dificultando o contato mãe-bebê. Todavia, Scochi *et al* (2003, p. 540) colocam que “a criança necessita da mãe, pois não existe sozinha, portanto, as habilidades e/ou dificuldades dessa [...] tornam-se integrante na assistência à saúde”.

A vivência de cuidados pela mãe na unidade hospitalar permite estabelecer um vínculo maior da mãe com a criança, possibilitando que a mesma perceba seu filho como “[...] uma pessoa que possui sentimentos e individualidades e isso ajuda no relacionamento entre eles”. (BARBOSA; PAZIAM, 2005, p. 54). Contribui também para instrumentalizá-la no cuidado da criança durante a hospitalização e após a alta hospitalar. Serve ainda para diminuir os conflitos familiares que o medo de perder a criança ou de lidar com um filho doente poderá causar.

O fato da mãe estar na unidade hospitalar acompanhando seu filho recém-nascido ou bebê prematuro exige da enfermagem o estabelecimento de interações positivas que subsidie a independência gradativa da família, no que se refere ao cuidado do bebê.

Segundo alguns autores, a exemplo de Martínéz (2004), a participação das mães no cuidar do filho prematuro é crucial para a sua melhora. Sua assistência estimula o aumento de peso da criança, o desenvolvimento físico, mental e afetivo do bebê, promovendo rápida recuperação.

Conforme Mittag e Wall (2004), os pais não estão preparados para a vinda de um filho prematuro nem para uma hospitalização demorada, todos esperam bebês saudáveis e sem defeitos. Sendo assim, “os pais deverão ser preparados para o aspecto do neonato [...] precisam ver e, quando possível, segurar ou tocar no bebê, mesmo que esteja gravemente doente ou severamente deformado” (SIEFERT apud MITTAG e WALL, 2004, p. 136).

Essa interação precoce através da enfermeira, ajuda a diminuir a apreensão e o medo da mãe em cuidar do filho, deixando-a mais tranqüila e confiante no cuidado, possibilitando à equipe de enfermagem ter mais segurança em permitir maior contato da criança com a mãe e da mesma executar progressivos cuidados com o bebê.

A mulher sendo estimulada a desenvolver cuidados com seu bebê, estes cuidados serão diferenciados de acordo com o estado da criança, iniciando com toques, carícias, conversas com o bebê, prosseguindo para os cuidados higiênicos, procedimentos durante a alimentação, e ações mais complexas que exigem treinamento e supervisão da enfermeira.

Considerando que tais cuidados nem sempre são fáceis de serem apreendidos pelas mães, dado aos aspectos já relatados, bem como pela capacidade de envolvimento com a criança, elaborei o seguinte questionamento para esta pesquisa: Como se estabelecem os cuidados realizados pelas mulheres mães de bebês nascidos, prematuramente, internados em

um hospital público do município de Salvador?

Estabeleceu-se como questões norteadoras: Quais as facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelas mulheres mães de bebês prematuros no cuidar do bebê na unidade hospitalar? Que fatores estão relacionados à prematuridade na ótica das mulheres mães de bebês prematuros internados?

Acredito que o esse estudo contribuirá para ampliar o conhecimento sobre os aspectos que envolvem as mulheres mães de crianças prematuras, os cuidados desenvolvidos por elas nesse processo, desmistificando os aspectos ainda obscuros sobre a temática. Além disso, servirá como fonte bibliográfica para próximos estudos, auxiliando nas pesquisas, contribuindo para evolução da enfermagem no campo da pesquisa científica.

Permitirá meu crescimento pessoal e profissional enquanto aluna de um curso de graduação em Enfermagem, aumentando o meu potencial de análise, conhecimento e maturidade quanto às questões que envolvem a temática em estudo.

1.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os cuidados realizados pelas mulheres mães de bebês prematuros internados em uma unidade hospitalar da rede pública do município de Salvador.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relatar as facilidades e dificuldades enfrentadas pelas mulheres mães no cuidar do bebê prematuro na unidade hospitalar.
- Identificar os fatores relacionados à prematuridade na ótica das mulheres mães de bebês prematuros internados.

Este trabalho constitui-se de cinco partes. A primeira parte da introdução na qual realizou-se um breve relato acerca da temática em estudo, as contribuições, justificativa e objetivos.

O referencial teórico constitui a segunda parte e está dividido em três itens: O cuidar/cuidado, o cuidar de crianças prematuras e características do prematuro e fatores relacionados.

A terceira parte explica-se a metodologia, sendo dividida em sete etapas: tipo de

pesquisa, local de estudo, caracterização das informantes, procedimentos para entrada no campo, instrumento para coleta de dados, análise dos dados e apresentação dos dados.

Na quarta parte descreve-se os resultados intitulados características dos cuidados das mães de bebês prematuros dos quais emergiram as categorias: cuidados expressivos; cuidado técnico; como as mães cuidam dos seus bebês; justificativas das mães no cuidado dos bebês; facilidades e dificuldades relatadas pelas mães no cuidado e fatores relacionados à prematuridade na concepção das mães e suas respectivas sub-categorias.

Na quinta parte apresenta-se as considerações finais, resgatando de forma geral os resultados, o alcance dos objetivos, as facilidades e dificuldades enfrentadas na realização do trabalho e as contribuições do estudo para a profissão da enfermagem.

Apresenta-se também os elementos pós-textuais a exemplo da referencia e apêndices.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O CUIDAR/CUIDADO

Segundo Ferreira (p.408) cuidar significa “imaginar, pensar, meditar, cogitar; julgar; aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação; atentar, pensar refletir; ter cuidado, tratar, fazer os preparativos, prevenir-se; acalatar-se”. Já o cuidado é descrito pelo mesmo autor como “atenção, precaução, cautela, desvelo, zelo, encargo, responsabilidade, pessoa ou coisa que é objeto de desvelo; previsto, calculado”.

O cuidar existe desde a antiguidade como forma de viver, de se relacionar, ou seja, desde o surgimento do homem que o cuidado é desenvolvido através das relações estabelecidas entre as pessoas numa comunidade (WALDOW, 1998).

Embora alguns autores afirmem que o cuidado é a essência da enfermagem, historicamente, o cuidar surgiu antes desta profissão.

Mesmo sendo considerado um ato inerente ao ser humano, o cuidar/cuidado geralmente é entendido como responsabilidade da mulher. Este fato é consequência da evolução da espécie humana desde seus primórdios até os dias atuais. Durante a antiguidade, o homem saía para caçar enquanto a mulher ficava a cuidar do lar e da família.

Como afirma Waldow (1998, p.22), as “mulheres ao longo da história, além das práticas de cuidado relacionadas às funções reprodutivas, desempenharam cuidados aos incapacitados e idosos, dedicando-se à educação dos filhos, à manutenção da casa, ao preparo dos alimentos e, [...] ao preparo de medicamentos caseiros” podendo variar a depender da época e da cultura.

A mesma autora ressalta que “padrões de cuidar/cuidado incluem ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar, que influenciam o bem-estar ou o *status* de saúde de indivíduos, famílias, grupos e instituições [...]” (WALDOW *et al* 1995, p.13). Tanto o cuidado quanto o cuidar são imprescindíveis à existência da humanidade, pois permitem o seu crescimento, promove a sua saúde, bem-estar e cura [...] (George, 2000).

Os significados atribuídos ao cuidar estão bastante relacionados com o ser enfermeira. George (2000) enfatiza que a enfermagem, no aspecto da disciplina como profissional, tem como centro, o cuidado humano, justificando o aumento progressivo dos estudos e pesquisas a respeito do cuidar humano como a essência da enfermagem.

Muitas teorias foram desenvolvidas a respeito do cuidar e uma das pioneiras a

contribuir com a teoria do cuidado foi Madeleine Leininger. Segundo Waldow *et al* (1995, p.11) “Leininger identificou diferenças nas formas das pessoas expressarem e se comportarem em relação ao cuidar/cuidado, e que pareciam estar ligadas a padrões culturais”. Ela acreditava que cada cultura tem suas práticas de saúde peculiares, devido às crenças, valores, (diversidade), porém existe modo de vida, ações, padrões que são comuns a muitas culturas, garantindo a universalidade. Por isso a Teoria idealizada por Leininger é conhecida como Cuidado Cultural ou Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

Leininger definiu o cuidado em duas vertentes, o cuidado genérico e o cuidado profissional. O primeiro está relacionado ao conhecimento popular adquirido através da transmissão pelas gerações com o objetivo de proporcionar assistência a aquele indivíduo ou grupo que necessita de melhores condições de saúde, a exemplo das formas naturais, folclóricas e caseiras. O segundo é garantido pelo ensino aos profissionais de saúde, das habilidades práticas e do conhecimento de saúde, da doença e bem-estar através das instituições profissionais assegurando as necessidades do paciente. (GEORGE, 2000).

Além da identificação dos dois tipos de cuidado, Leininger ressalta a importância do conhecimento das três modalidades encontradas na sua teoria a fim de orientar as decisões e ações a serem desenvolvidas pela enfermagem, sendo elas: preservação e ou manutenção do cuidado cultural, acomodação e/ou negociação do cuidado cultural e repadronização ou reestruturação do cuidado cultural (WALDOW *et al*, 1995).

Dessa forma, a Teoria da Universalidade do Cuidado Cultural tem como proposta pesquisar a respeito da universalidade e diversidade relacionada às práticas de saúde nas diferentes culturas, promovendo o cuidar aos variados indivíduos, preservando seus valores e crenças, mas sem deixar de apoiá-lo no processo de saúde-doença.

Apesar de a enfermagem ser considerada como uma “profissão e uma disciplina científica aprendida e humanista enfocada no fenômeno e nas atividades do cuidado humano para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduo [...]” (Leininger, 1991, p.47 APUD George, 2000, p.300). Waldow (1998) revela que a enfermagem influenciada pela ideologia curativa, deixou a sua essência de lado, sendo reconhecida como uma profissão eficaz por desenvolver atividades técnicas que pudesse proporcionar a cura ao indivíduo. (WALDOW, 1998, p.54). Tal fato vem sendo modificado pela mudança de paradigma das ciências que tem repercutido em todas as profissões, na enfermagem em especial, aliada aos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS que exige uma postura diferenciada dos profissionais de saúde em relação aos serviços e aos usuários.

Bobroff (2003) afirma que além da dimensão técnica do cuidador, este deve ser

capaz de estabelecer o cuidado expressivo, considerado como verbal, representado pela educação em saúde, troca de informações, e não-verbal, caracterizado pelas atitudes de sentimento e apoio, como o tocar, confortar, dar atenção, transmitir confiança e demonstrar-se disposto a ajudar. Dessa maneira, o cuidado só ocorrerá de fato quando o cuidador possui habilidades para desenvolver os dois tipos de cuidados, não necessariamente de forma equilibrada, mas que garanta ao paciente/ usuário dos serviços o seu bem estar, respeitando suas crenças, sua cultura.

2.2 O CUIDAR DE CRIANÇAS PREMATURAS

Na gravidez há sempre a expectativa da criança nascer saudável e no tempo preconizado de nove meses. Um parto prematuro quase sempre é uma surpresa para a família, trazendo transtornos e necessidade de adaptação rápida à nova situação de convivência com uma criança diferente em suas características físicas, necessidade de cuidados especiais e de internação hospitalar, seja em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ou uma unidade de semi-intensiva.

Os cuidados de enfermagem são de fundamental importância na sobrevivência do recém-nascido pré-termo exigindo da equipe ações rápidas, seguras e conscientes. (LOWDERMILK *et al*, 2002).

A instabilidade fisiológica do prematuro exige do profissional de enfermagem e sua equipe maiores conhecimentos dos problemas tipicamente dos pré-termos, ou seja, o domínio da dimensão técnica e científica do cuidar, de modo a fundamentar as suas decisões e a prática.

A fragilidade do sistema orgânico do prematuro determina a importância do cuidar da enfermagem. O contexto no qual o recém-nascido prematuro está inserido irá determinar a variação das dimensões técnicas e afetivas do cuidar de enfermagem a ser desenvolvido pela enfermeira e sua equipe. Existem momentos em que a precisão e a alta tecnicidade da prática da enfermagem são essenciais para a manutenção da vida do pré-termo. Em outros, a “[...] priorização das questões relacionadas às necessidades psicoafetivas dos bebês e de seus familiares não deve ser deixado de lado” ressalta REICHERT *et al* (2007, p.209).

A criação de unidades específicas denominadas de Unidades de Terapias Intensivas Neonatais foi essencial para a evolução da assistência aos recém-nascidos prematuros, já que “na UTIN [...] são utilizadas técnicas e procedimentos sofisticados que podem propiciar

condições para a reversão dos distúrbios que colocam em risco a vida dos bebês de alto risco” (REICHERT *et al*, 2007, p.204).

Por vez, o cuidar unicamente técnico não é capaz de assegurar essa sobrevivência, necessitando da participação da mãe em conjunto com a enfermagem no processo do cuidar, como forma de acelerar a recuperação da criança.

Apesar de ser um setor familiar à equipe de saúde, a UTIN é considerada um local temeroso para as mães, cujo filho encontra-se internado neste local. A prematuridade geralmente leva a família a experimentar uma situação especial, já que todos são submetidos a uma situação que em sua maioria, nunca experienciaram conviver com um filho internado na UTIN durante um determinado período. (VASCONCELOS *et al*, 2006).

Os recém nascidos prematuros são rapidamente encaminhados para as unidades de terapia intensivas neonatais. “O bebê é imediatamente separado da mãe para receber os cuidados necessários à sua sobrevivência” (BARBOSA; PAIZAM, 2005, p.54). Essa separação entre mãe-filho ocorre de forma brusca, de modo que muitas vezes a mãe não chega a conhecer o seu bebê, ocorrendo dias após o parto.

Reichert *et al* (2007, p.207) afirma que “a primeira visita [...] pode ser deprimente para os pais”. É um momento muito difícil para as mães em particular, visto que há pouco tempo atrás criava expectativa relacionada ao cuidar do filho (poder levá-lo para casa, amamentá-lo), porém é surpreendida por uma situação que não foi planejada.

[...] no cenário dessa hospitalização prolongada, ocorre uma mudança súbita na vida da família, especialmente da mãe, que num curtíssimo espaço de tempo torna-se acompanhante do filho, sem que esteja preparada para essa mudança, quase sempre permeada por muito sofrimento. (VASCONCELOS *et al*, 2006, p.48).

A mãe, em sua maioria, fica muito chocada com a circunstância na qual seu filho se encontra como relata Monteiro (2003, p.39) ao ver sua filha pela primeira vez: “[...] Quando cheguei quase morri, me desabei em lágrimas, pois nunca tinha visto nada parecido. Ela era tão pequena, mais tão pequena que eu não acreditava. Entrei em choque”.

O afastamento para não presenciar o sofrimento do filho pode ser uma atitude da mãe de um prematuro que necessita ser internado. Como a morte da criança pode ser uma possibilidade, algumas mães evitam estabelecer maiores contatos com a criança por medo do que possa vir acontecer e causar mais transtornos. Essa atitude deve ser respeitada, contudo a enfermagem deve estar atenta e preparada para ajudar na ligação entre mãe e filho, procurando sempre incentivar o contato da mãe e de outros familiares com o bebê pré-termo.

É de fundamental importância que o serviço de saúde seja capacitado para acolher a família do prematuro, em especial a mãe, mantendo uma boa interação com a equipe e esclarecendo dúvidas da mesma.

A maioria dos pais tem atitudes diferentes ao enfrentarem a internação do filho. Conforme Mittag e Wall (2004, p.135) “alguns conversam com o bebê, outros tocam em seus filhos, alguns ficam só olhando, não abrem a incubadora, alguns até ajudam em cuidados básicos e outros podem até mesmo se afastar do seu bebê”.

Dessa forma, a enfermeira ao admitir o paciente neonato em estado de risco na unidade de terapia intensiva, não prestará cuidados exclusivamente ao bebê, mas a toda a família. (MITTAG; WALL, 2004).

A relação afetiva precisa ser estimulada já que o ambiente é desconhecido. A mãe neste momento precisa do cuidado afetivo / expressivo da enfermagem para lhe compreender e não critica-lá quanto às suas reações.

Segundo Martínéz (2003), antigamente a mãe do prematuro era vista como fonte de infecção, sendo permitido a ela apenas avistá-lo através de uma vidraça, de maneira que o contato e a interação entre os dois não existiam. Contudo, hoje já se sabe que “a recuperação do bebê não depende unicamente dos cuidados [...] de enfermagem, mas também dos cuidados e carinhos que possa vir a receber de seus pais” (REICHERT *et al*, 2007, p.207).

Vários estudos já certificaram que a participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido prematuro em conjunto com a equipe de enfermagem propicia evolução na saúde da criança. Ao serem “tocados, embalados, acariciados, abraçados [...] poderão apresentar menos pausas na respiração, ganho de peso e um progresso mais rápido em algumas áreas de maior funcionamento cerebral [...]” (BARBOSA; PAZIAM, 2005, p.56).

O desenvolvimento do cuidar pela mãe não ocorre de forma rápida, existe uma evolução da primeira visita aos primeiros cuidados, passando por diversas etapas, sendo que o apoio da enfermagem é de extrema importância neste momento.

Barbosa e Paziam (2005) dividiram esse processo em cinco etapas. Inicialmente o medo de atrapalhar o tratamento do filho limita suas ações, que se restringem ao conhecimento dos dados clínicos. Posteriormente, apenas observa as reações do seu filho aos estímulos provocados pela equipe de enfermagem. No terceiro momento só estimulam seu filho quando encorajadas. No quarto momento já toma iniciativa de estimular seu filho e a última etapa é quando estão mais tranquilizadas e encorajadas a desenvolverem os cuidados básicos com o seu bebê.

É possível afirmar que, quando bem orientadas e apoiadas pela equipe de

enfermagem, as mães têm capacidade de cuidar dos seus filhos de maneira competente (SCOCHI *et al*, 2003).

Ao demonstrar interesse em querer cuidar do seu filho, esse desejo não deve ser desencorajado, isso significa que “a mãe começa [...] a reconhecer seu papel como cuidadora” (BARBOSA; PAIZAM, 2005, p.54). Nesse momento, a mãe deve ser encarada como uma integrante da equipe, responsável pela assistência ao bebê.

Existem dificuldades enfrentadas pelos pais para fazerem valer os seus papéis de cuidadores de seu filho numa unidade hospitalar, seja de terapia intensiva, semi-intensiva ou no método mãe canguru. A própria internação do prematuro, o distanciamento da família, a dinâmica do hospital, dificuldade de interagir com a equipe de assistência, a determinação do tempo com o bebê são alguns dos problemas enfrentados. (BARBOSA; PAIZIM, 2005)

Desse modo, os aspectos levantados apontam para um leque de possibilidades que possam interferir na atuação da família, em especial das mães no cuidado de crianças prematuras internadas. Embora a legislação aponte como direito da criança a permanência dos pais durante a internação, ainda parecem existir dificuldades e restrições quanto a esse direito, que podem interferir no cuidar da criança pelas famílias.

As características do cuidar/ cuidado desenvolvidos pelas mães de crianças prematuras são de fundamental importância para que a enfermagem enquanto profissão estabeleça um plano de intervenção coerente com a realidade vivenciada respeitando as características culturais, e as dimensões desse cuidado.

2.3 CARACTERÍSTICAS DO PREMATURO E FATORES RELACIONADOS

Uma gestação que alcança em torno de 42 semanas é suficiente para garantir a maturidade do recém-nascido, permitindo que este tenha uma boa adaptação fora do útero da mãe. Contudo, um nascimento antes desse período, ou seja, pré-termo terá que se adaptar às mesmas adversidades do ambiente extra-uterino, mesmo com a imaturidade funcional decorrente de uma idade gestacional menor (WHALEY; WONG, 1989).

“Vir ao mundo, ‘prematuramente’, é nascer com menores chances de sobrevivência e, sobrevivendo, correr o risco de apresentar seqüelas mais graves e em maior número que outras crianças mais maduras e de maior peso” (FILHO, 1992 apud GAMA *et al*, 2003, p.4). Isto demonstra que a prematuridade faz com que o recém-nascido apresente um perfil diferenciado, que exige cuidados específicos a serem desenvolvidos pela equipe de enfermagem, de modo a garantir o seu crescimento e desenvolvimento.

O recém-nascido prematuro apresenta características próprias quando comparado ao recém-nascido a termo. Segundo Whaley e Wong (1989) um pré-termo em relação a sua estrutura física apresenta-se muito pequeno e magro já que o depósito de gordura subcutânea é mínimo ou inexistente, a cabeça é grande quando comparada ao restante do corpo, a pele é rósea clara, permitido que os pequenos vasos sanguíneos sejam facilmente vistos através da epiderme transparente e fina. Poucos sulcos nas palmas das mãos e nas plantas dos pés, os olhos encontram-se fechados e proeminentes e os ossos cranianos e as costelas ainda estão moles. Os meninos não apresentam muitas rugas escrotais e os testículos ainda encontram-se na cavidade abdominal. Nas meninas, há pouca desenvoltura dos grandes lábios e há proeminência do clitóris.

O pré-termo geralmente apresenta amadurecimento parcial do sistema neurológico. Quando submetido à avaliação neurológica pode apresentar respostas fracas ou ausentes, hipotonia, nível de atividade reduzida e incapacidade de coordenar a sucção e a deglutição (LOWDERMILK *et al*, 2002).

Por ter maior comprometimento fisiológico e anatômico do seu organismo, o prematuro tem como consequência, imunoglobulinas maternas pouco armazenadas e capacidade alterada de produção de anticorpos, o que leva a maior probabilidade de adquirir infecções. Além disso, a criança nesta situação é susceptível a perda de calor e consequente diminuição da temperatura corporal, sendo necessário o uso de uma fonte externa de calor.

Dificuldade respiratória com apnéia, taquicardia, bradicardia também estão presentes no seu quadro clínico, determinando a necessidade do uso de oxigênio de forma constante. “Um tórax instável e tecido pulmonar e centro regulatório imaturos levam à respiração periódica, hipoventilação e freqüentes períodos de apnéia.” (WHALEY; WONG, 1989, p.159).

A prematuridade vai depender da qualidade de vida que a gestante terá no decorrer de sua gravidez. Alguns dos fatores de risco considerados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005): idade menor que 15 e maior que 35 anos, situação familiar e/ou conjugal insegura, baixa escolaridade, dependente de drogas lícitas ou ilícitas, abortamento habitual, curto intervalo de tempo entre gestações, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, cardiopatias, endocrinopatias (principalmente Diabetes *Mellitus*), hipertensão arterial, portadora de doenças infecciosas e ganho ponderal inadequado.

Segundo os estudos de Gama *et al* (2003) existe uma relação entre a renda familiar e o nascimento de crianças prematuras. Muitas vezes os pais da criança não possuem nenhum tipo de renda fixa. Este quadro vai interferir na qualidade de vida da gestante (condições de

vida precárias, ausência de saneamento básico, má nutrição, condições inadequadas de moradia).

Existem situações em que a mulher é responsável pela renda familiar. Sendo assim, a carga de trabalho excessiva, o esforço físico e o estresse da rotina diária podem desencadear o parto prematuro.

O grau de escolaridade é um outro determinante que pode interferir na qualidade de vida da gestante. O pouco conhecimento dificulta o acesso aos bons empregos, assim como ajuda na falta de consciência quanto a importância do pré-natal. (GAMA *et al*, 2003).

Além disso, o baixo nível de escolaridade aumenta o risco de adoecer, já que o indivíduo por desconhecimento, não tem consciência da importância de frequentar os serviços de saúde para exames de rotina e enfrentará dificuldade na compreensão das informações relacionadas aos cuidados com a saúde.

O pré-natal é de grande importância para uma gestação sem maiores problemas, pois, além de identificar os fatores de risco, tem seu papel fundamental no processo educativo. É através dele que a futura mãe é instruída e orientada, o que a ajuda a esclarecer as dúvidas que surgem no decorrer do período gestacional.

De acordo com Ministério de Saúde (Brasil, 2005, p.7) “O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.”.

Um outro fator determinante de parto prematuro são os hábitos mantidos pelas mulheres durante o período gestacional. A mulher que fuma durante a gravidez tem maior chance de ter um parto complicado, como também ter aborto espontâneo, parto prematuro e crianças com baixo peso.

O consumo de álcool durante a gestação também é outro condicionante ao parto prematuro. Geralmente as crianças filhas de mães etilistas, ao nascerem, apresentam baixo peso e comprimento e perímetro cefálico menores do que os recém-nascidos que não foram expostos ao uso do álcool pelas mães. Os estudos de Freire *et al* (2005, p.377) demonstram que “o consumo de álcool na gestação está relacionado ao aumento do número de abortos e a fatores comprometedores do parto, como [...] prematuridade do trabalho de parto [...]”.

Desse modo, sabemos que na ocorrência de partos prematuros coexistem fatores diversos que são intensificados pelo contexto socioeconômico e cultural da mulher. Grande parte da população brasileira vive desfavoravelmente. Tal fato aliado à baixa escolaridade, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a falta de conscientização quanto aos aspectos

relativos à saúde aumenta as chances dessa ocorrência interferindo no cuidar / cuidado dos prematuros pelas mães.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na qual foi trabalhado com dados que não podem ser quantificados. A abordagem qualitativa permite responder as questões particulares ligadas às ciências sociais e da saúde, além de permitir a aproximação com o “mundo dos significados das ações e relações humanas, por um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”. (MINAYO, 1994, p. 21)

Creio que o tipo de pesquisa estabelecido neste trabalho permitiu a obtenção dos dados referentes ao objeto em estudo, principalmente porque:

Diferentes abordagens metodológicas da pesquisa podem ser utilizadas nas pesquisas em enfermagem, pois precisamos nos direcionar àquelas que consideramos mais próximas de nossa realidade, que estão mais coerentes com o nosso cotidiano, com o nosso ponto de vista, e de acordo com aquilo que queremos pesquisar. (SANTANA 2001, p.6)

A pesquisa qualitativa possibilita segundo Polit *et al* (2004, p.30) trabalhar com temas que envolvem a experiência e a “complexidade inerente aos seres humanos, sua capacidade de dar forma e criar suas próprias experiências e a idéia de que a verdade é um agregado de realidades. [...] Trabalha coletando e analisando materiais narrativos e subjetivos”. Utiliza procedimentos flexíveis, a investigação ocorre sempre no campo, a coleta de informação e análise progride paralelamente, resultando em informações ricas e com múltiplas dimensões de um mesmo fenômeno.

Desse modo, essa pesquisa se enquadra nos aspectos mencionados anteriormente, uma vez que busquei descrever os cuidados realizados pelas mulheres mães de bebês prematuros internados em uma unidade hospitalar da rede pública do município de Salvador.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O local escolhido foi uma maternidade pública do Município de Salvador, Bahia, Brasil, que presta assistência à gestante de risco, considerada especializada em tocoginecologia e neonatologia. A instituição foi escolhida para a realização do estudo por ser considerada e reconhecida como uma instituição de referência no cuidado com recém

nascidos prematuros.

Foi inaugurada em 1978, está localizada em um bairro populoso e é administrada pela Secretaria da Saúde do Estado (SESAB).

O oferece à população 89 leitos nas especialidades de obstetrícia, e 26 em cuidados intensivos neonatal, chegando a atender, em média, 800 mulheres no mês. Foi uma das primeiras instituições públicas a investigar as causas dos óbitos materno e neonatal, por meio da Comissão Hospitalar de Estudos da Morte Materna e do Óbito Neonatal. Em 2004 recebeu o título de Hospital "Amigo da Criança", pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) juntamente com o Ministério da Saúde, por fazer parte do conjunto de instituições que realizam os 10 passos preconizados para o incentivo do aleitamento exclusivo (SESAB, 2004).

Atualmente, devido a inauguração de uma maternidade de grande porte que serve como referência para gravidez de alto risco, as crianças nascidas extremamente prematuras que necessitam de UTI Neonatal estão sendo encaminhadas, ficando na unidade somente aquelas em estado menos grave.

3.3 CARACTERIZAÇÃO DAS INFORMANTES

A população estudada foi constituída por mulheres que recentemente tiveram partos prematuros, cujos filhos ficaram internados por um período mínimo de cinco dias na Unidade de Terapia Semi-intensiva (conhecida como berçário, pelos profissionais mais antigos), na Enfermaria de Mãe Canguru e no Alojamento conjunto.

O tempo mínimo de cinco dias de internamento foi levado em consideração por permitir que as mulheres estivessem mais familiarizadas com as rotinas da maternidade e tivessem a oportunidade de vivenciar alguma experiência que contribuísse para o estudo.

A amostra estudada foi composta por dez mulheres. Inicialmente se pretendia entrevistar doze mulheres, mas por se tratar de pesquisa qualitativa, esse número foi alterado conforme o princípio da saturação dos dados, “que ocorre quando os temas e as categorias dos dados tornam-se repetitivos e redundantes, de forma que nenhuma informação nova possa ser trazida com a coleta de mais dados” (POLIT *et al*, 2004, p.57). Isso significou que apesar da determinação da amostragem antecipadamente, o que realmente determinou o número da amostra foram os dados coletados, o que permitiu que a pesquisadora diminuísse o número de mulheres entrevistadas, cessando a coleta antes de atingir o número previsto.

As informantes foram de etnia, estado civil, condição social, escolarização e idades

variadas e possuíam idade igual ou superior a 16 anos. A média de idade foi em torno de vinte e seis anos. Duas pertencentes à faixa etária de 15 a 20 anos e de 21 a 25 anos. Quatro delas estavam na faixa etária de 26 a 30 anos e uma na faixa etária de 30 a 35 e de 36 a 40.

Em relação ao estado civil, a maior parte vivia com seus companheiros, eram casadas ou amasiadas, sendo apenas três solteiras.

A maioria das informantes estava experimentando ser mãe pela primeira vez, sendo que três estavam no segundo filho. Além disso, duas delas tiveram gêmeos.

Em relação ao grau de instrução, todas as informantes eram alfabetizadas e relataram saber ler e escrever. Das dez mães entrevistadas, três não concluíram o ensino fundamental e deste grupo, apenas uma continuava estudando. Quatro concluíram o ensino médio, duas estão concluindo e apenas uma tinha nível superior.

Em relação à renda familiar e emprego, a renda variou de sem renda fixa a cinco salários mínimos. Cinco informantes viviam com um a dois salários mínimos, desse grupo, quatro trabalhavam e uma vivia com a renda do companheiro. Das quatro informantes que não tinham renda fixa, duas não trabalhavam e duas viviam de biscate. As que completaram o ensino médio tinham melhores empregos, eram professoras e auxiliar de vendas. As que não completaram, eram empregadas domésticas ou não trabalhavam. A renda mais elevada foi a da mãe que tinha nível superior, em torno de cinco salários mínimos.

O critério para a amostra foi que a mulher, mães de bebês internados nascidos prematuramente, e que estivessem acompanhando ou visitando os bebês cujos prontuários informassem a admissão na unidade há, pelo menos, cinco dias e que concordasse em participar da pesquisa após os esclarecimentos e atendesse à idade mínima estabelecida de 16 anos.

A abordagem dos sujeitos foi realizada após os esclarecimentos necessários com uma linguagem acessível na qual o indivíduo foi informado dos objetivos do trabalho, justificativa e procedimentos da pesquisa, assim como foi explicitado o direito de liberdade de recusar ou desistir a qualquer momento da mesma.

Foi necessária a assinatura da concordância quanto à participação na pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE A) ou identificação por impressão dactiloscópica para as mulheres que não soubessem assinar o nome. Foi assegurado o caráter anônimo das identidades das mulheres entrevistadas, respeitados seus valores éticos, culturais, religiosos, morais, hábitos e costumes.

Além disso, o estudo respeitou as normas e diretrizes que regulamentam as pesquisas

que envolvem seres humanos conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde:

Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros; e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. (VASCONCELOS, 2002, p.315).

Baseado na resolução descrita anteriormente nos seus Capítulos II, III e IV, por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, foi respeitados os aspectos éticos fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa científica, embora esta se caracterize como pesquisa sem risco. Para garantir os preceitos éticos foi solicitado termo de consentimento da direção da instituição e consentimento dos informantes.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA ENTRADA NO CAMPO

Para a autorização da realização da pesquisa na instituição de interesse após avaliação do projeto pela Comissão de Trabalho de Conclusão de Curso do Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia-UNEB, realizou-se a inscrição do projeto no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP). O projeto foi também avaliado pelo diretor da instituição pleiteada e pelo Comitê de ética da SESAB (CEPSESAB). A entrada no campo ocorreu após aprovação pelo comitê de ética.

A instituição formadora, ou seja, a UNEB através do Colegiado de Enfermagem emitiu um ofício de apresentação para entrada no campo, para que eu, enquanto pesquisadora pudesse realizar a pesquisa. Na instituição fui encaminhada ao setor de Recursos Humanos, Coordenação de Enfermagem para reunião, explicação sobre os objetivos da pesquisa e encaminhamento aos setores onde seria realizada a pesquisa.

Iniciei a coleta de dados no campo no final do mês de Outubro finalizando em Novembro de 2007, nos turnos matutinos e vespertinos, conforme acordo com os dirigentes da instituição.

Nas unidades de Terapia Semi-intensiva, Enfermaria Mãe-Canguru e Alojamento

Conjunto me dirigir às enfermeiras responsáveis fazendo os esclarecimentos sobre as atividades a serem desenvolvidas, identificavas os recém-nascidos prematuros que atendiam ao critério da pesquisa através da leitura dos prontuários e me dirigia às possíveis informantes.

Em relação ao manuseio do prontuário do bebê observei a data de admissão na unidade, confirmando assim os dias de internamento e a condição de prematuridade.

3.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Após identificadas as possíveis informantes me dirigi às mesmas para explicação sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos a serem seguidas, explicações sobre o termo de consentimento, entre outros. Após o aceite e assinatura do termo de consentimento Livre e Esclarecido dirigir-me ao local reservado para a realização da entrevista.

A escolha da entrevista ocorreu por ser muito vantajosa, uma vez que permite que as informações esperadas sejam captadas de forma imediata, independente do tipo de informante e a respeito dos mais variados tópicos. (LÜDKE, 1986). Considerando a especificidade do objeto em estudo, optou-se por utilizar a entrevista semi-estruturada, que se “desenrola a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistador faça as necessárias adaptações”. LÜDKE (1986, p.34).

O roteiro elaborado (APÊNDICE B) consta a descrição dos dados gerais e questionamentos específicos relacionados à caracterização dos informantes e perguntas específicas relativas aos objetivos do estudo.

Como meio auxiliar foi necessário o uso do gravador, vez que este instrumento tem como vantagem “registrar todas as expressões orais, imediatamente, deixando o entrevistador livre para prestar toda a sua atenção ao entrevistado” (LÜDKE, 1986, p.37).

As entrevistas foram realizadas após a criação de um clima amistoso com as possíveis informantes e as explicações necessárias em linguagem acessível e observando-se os aspectos éticos anteriormente relatados. O tempo médio aproximado de cada entrevista foi de dez a quinze minutos na qual mantive um clima de interação e estimulação do diálogo sobre a temática a ser pesquisada com a utilização do roteiro da entrevista.

Foi utilizado também o diário de campo no qual registrei dados importantes, idéias, pensamentos que ocorreram durante o período que estive no campo.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização das entrevistas os dados foram transcritos na íntegra para posterior leitura, categorização e análise.

Os achados foram categorizados tendo como base o referencial teórico, todavia, antes de estabelecer essas categorias, foi lido de forma cautelosa todo o material considerado importante, de modo a perceber que fosse possível a categorização.

Entendeu-se como categoria “um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relaciona entre si”. São empregadas para o estabelecimento de classificações. (MINAYO, 1994, p.71)

Para a etapa de categorização foi utilizada a operacionalização estabelecida por Minayo (1994), que preconiza os seguintes passos: A ordenação dos dados; classificação e análise final. A etapa de ordenação refere-se a todo o material adquirido no período da coleta dos dados já transcritos das entrevistas e os registros em diário de campo, releitura dos materiais e a sua organização numa determinada ordem. A etapa de classificação dos dados foi realizada através da leitura exaustiva e repetida dos materiais de forma a identificar os conteúdos mais significativos e a partir destes, formular as categorias. A análise final ocorreu com o estabelecimento da relação do que foi encontrado na realidade com o que foi estabelecido no referencial teórico.

Para a análise foi utilizada a modalidade de análise de conteúdo temática, segundo Bardin (1977) nas quais buscou-se os núcleos de sentido presentes na comunicação que tenham significado relevante para o objeto em estudo. O tema “é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado [...]”. (BARDIN, 1977, p.105)

A análise levou em consideração o conjunto de mensagens que se encontram presentes nas entrelinhas. “[...] É preciso que a análise não se restrinja ao que está explícito no material, mas procure ir mais fundo, desvelando mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente “silenciados”” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 48).

Após os procedimentos da pesquisa, os dados obtidos serão armazenados por mim enquanto pesquisadora por no mínimo cinco anos para efeito de comprovação e/ou contestação.

3.7 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Após a realização da análise os dados foram apresentados com categorias e subcategorias, expressos de forma descritiva, entremeando os achados com as análises e interpretações do pesquisador e referencial teórico que sustentem o estudo, acrescidos de outros autores que forem necessários conforme falas das informantes.

Os discursos das informantes foram apresentados conforme as categorias e subcategorias evidenciadas, em fragmentos de falas, identificadas com letras do alfabeto com (MÃE A); (MÃE B), seguindo a ordem das entrevistas, evitando a identificação dos sujeitos. Os resultados foram apresentados com as categorias e subcategorias, conforme o Quadro 1:

ASPECTO	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
CARACTERÍSTICAS DOS CUIDADOS DAS MÃES DE BEBÊS PREMATUROS	Cuidados expressivos	O tocar O amamentar O conversar
	Cuidado técnico	O trocar de fraldas
	Como as mães cuidam dos seus bebês	Oração e Vigília
	Justificativas das mães no cuidado dos bebês	Mãe como fonte de saúde para o filho e melhor cuidadora Obrigação da mãe Reconhecimento como mãe
	Facilidades relatadas pelas mães no cuidado	A atuação do profissional Vontade da mãe em querer aprender Permanência na instituição
	Dificuldades relatadas pelas mães no cuidado	Estado emocional da mãe Medo Uso de aparelhos pelo bebê
Fatores relacionados à prematuridade na concepção das mães	Hipertensão arterial Perda de líquido amniótico	

FONTE: Dados das entrevistas, 2007

Quadro 1 – Demonstrativo das categorias e sub-categorias encontradas.

O trabalho também foi apresentado em defesa pública com apresentação dos principais resultados e posterior divulgação em eventos científicos e publicação em periódico nacional.

4 CARACTERÍSTICAS DOS CUIDADOS DAS MÃES DE BEBÊS PREMATUROS

Após a realização das entrevistas, observou-se que houve uma diferenciação no cuidado realizado pelas mães de bebês prematuros conforme o estado de saúde do bebê e local de internamento.

Para os bebês internados na Unidade de Terapia Semi-Intensiva predominava os cuidados expressivos. Para os da enfermaria Mãe-Canguru e Alojamento Conjunto houve um equilíbrio entre os cuidados expressivos e o técnico.

A média de dias de internação dos bebês foi de dezesseis dias, sendo que o maior tempo foi de cinquenta e um dias e o menor de cinco dias. Observou-se que as informantes que estava há mais tempo com os bebês internados tiveram a oportunidade de exercerem os dois tipos de cuidados, o expressivo e o técnico, principalmente quando os bebês eram transferidos da semi-intensiva para enfermaria Mãe Canguru ou o Alojamento Conjunto.

Não foi observada uma diferenciação do cuidado entre as informantes em relação à faixa etária e o número de filhos. Apenas uma das informantes adolescente demonstrou insegurança quanto aos cuidados com seu bebê, característica própria da idade. Quanto à escolaridade, apesar dos diferentes níveis, não houve diferença na realização dos cuidados.

Na Unidade de Terapia Semi-Intensivo o perfil dos bebês era crítico, usando equipamentos específicos tais como: Sondas enterais, respirador, incubadora, monitorização, fototerapia, sendo os cuidados permitidos, segundo o relato das informantes, os cuidados primários a exemplo do amor, carinho e higiene (trocar a fralda). Nas Enfermarias Mãe-Canguru e Alojamento Conjunto, como os bebês estavam em estado saúde menos grave, as informantes relataram ter mais independência no cuidado com seus bebês, além dos cuidados expressivos, realizavam os cuidados higiênicos.

Ao serem questionadas a respeito dos cuidados que davam aos seus bebês desde que nasceram e ficaram internados as informantes relataram que realizavam o tocar, o amamentar, conversar e cuidados higiênicos, que se limitava à troca de fraldas. Desse modo, instituiu-se duas categorias de cuidados, o expressivo e o cuidado técnico.

4.1 CUIDADOS EXPRESSIVOS

Embora sejam considerados cuidados primitivos, são de fundamental importância para o estabelecimento da relação afetiva entre mãe e filho, uma vez que “diante da situação de parto prematuro, dificilmente se encontra a possibilidade de proporcionar esse momento de

aproximação entre mãe e filho” (BARBOSA; PAZIAM, 2005, p.54), já que em muitos casos, a necessidade de cuidados específicos que permitam a sobrevivência da criança provoque uma separação brusca entre os dois. Neste sentido identificaram-se as subcategorias: Tocar, Amamentar e Conversar.

4.1.1 Tocar

O ato de tocar foi considerado pelas informantes como um cuidado realizado revelado também pela expressão “carinho e amor”

Só mesmo o toque mesmo na incubadora assim, eu tocava pela incubadora só... quando foi tirando os aparelhos dele tal, aí eu começava pegar na cabeçinha dele... (Mãe A)

Para mim até agora só mesmo carinho... Aí eu tive contato realmente com ela mesmo é corpo a corpo, foi hoje... E já tô tendo esse contato (Mãe B)

O cuidado que dou a ela é ter cuidado, pegar com jeito... Eu pego na mãozinha dela assim, brinco com ela... (Mãe C)

O tato se constitui como o primeiro órgão do sentido a ser desenvolvido pelo bebê ainda em ambiente intra-uterino, de forma que a pele é responsável pela percepção dos estímulos tátil por está intimamente ligada ao sistema nervoso central. (HAYDU, 2005)

O ser humano ao ser submetido à situação estressante eleva o nível de produção do hormônio cortisol. Este hormônio provoca diminuição das sinapses dos neurônios, refletindo no retardo do desenvolvimento cognitivo, além de interferir no sistema imunológico e no metabolismo do organismo (ANDRADE, 2004). Desse modo, o nível elevado do estresse pode ser prejudicial para o pré-termo, uma vez que atrasará o seu crescimento como também provocará conseqüências futuras devido ao déficit cognitivo. Ao tocar o seu bebê as mães promovem a liberação de hormônios que ajudarão na diminuição da produção do cortisol e melhora o desenvolvimento neuro-cognitivo, bem como favorece a afetividade entre ambos.

Toco nele, eu pensava que não podia, mas pode entendeu? Que é importante... Agora eu já abro a incubadeira, já boto minha mão lá dentro, fico segurando na cabecinha

dele, ah, é muita emoção. (Mãe D).

Amor, amamentação, Carinho... (Mãe F)

Baseada no discurso das informantes o toque é permitido em todas as unidades, seja na Unidade de Terapia Semi-Intensiva, no Alojamento Conjunto e enfermaria Mãe Canguru, porém depende do estado de saúde da criança. Em determinadas situações este é proibido pelo profissional.

Ao necessitar de cuidados específicos devido ao seu estado de saúde, geralmente, a criança é privada do toque uma vez que após o parto, é levada diretamente para a Unidade de Terapia Semi-Intensiva sem estabelecer o contato inicial com a mãe.

Diante das falas das informantes, observa-se que o toque inicia quando o bebê não estava em estado crítico e nem em uso de aparelhagem importantes para a manutenção da sua vida, caso contrário, as informantes relatam que os profissionais de saúde não permitem a realização deste cuidado expressivo.

Foi a partir do momento que ele saiu dos aparelhos, aí ela disse: Oh, mãe pode conversar pode tocar que ele tá te ouvindo... (Mãe A)

Aí não tinha como eu cuidar dele, aí a enfermeira chegou pra mim e falou: oh, mãe esses primeiros dias você não pode tá mexendo nele, não pode, entendeu? Porque ele pode ficar nervoso aí piora o estado dele que ele é um bebê grave, entendeu? Quando passar tudo isso você vai poder cuidar dele, agora essa primeira semana não. (Mãe D)

A privação do toque pode trazer conseqüências negativas tanto para mãe quanto para o bebê, entretanto, o profissional de saúde, algumas vezes determina a conduta da mãe diante do estado de saúde do prematuro, restringindo ou proibindo o toque. Por não poder tocar no filho, a mãe pode se sentir dispensável aos cuidados do mesmo e posteriormente, ter dificuldade em cuidar do bebê. O afastamento entre mãe e filho provoca sofrimento para ambos, principalmente porque o toque “afeta de forma positiva o desenvolvimento de habilidades sociais, de habilidades de aprendizagem e o ajustamento sexual, prevenindo o desenvolvimento de comportamento anti-social” (HAYDU, 2005, p.8).

O toque proporciona uma evolução do estado de saúde do prematuro já afirmado por Martínéz (2003). Este cuidado ao ser realizado pela mãe, promove a calma, o relaxamento, a melhora da respiração e ajuda no ganho ponderal do bebê, favorecendo a saúde do

prematureo.

Apesar deste estímulo ser o primeiro cuidado relatado pelas informantes, o toque ainda é realizado tardiamente diante de sua importância para o estabelecimento do vínculo entre mãe-bebê, quando a criança se encontra internada na unidade semi-intensiva.

4.1.2 Amamentar

A amamentação foi relatada como um dos cuidados expressivos prestados pelas informantes aos seus bebês. Embora Ziegel (1986) relate que a amamentação não é um ato instintivo e sim um processo que exige aprendizado, as informantes o mencionam como um ato inerente à mulher mãe.

A amamentação proporciona ao recém-nascido muitas vantagens como amadurecimento do trato digestivo, diminuição das manifestações alérgicas, assim como das afecções relacionadas ao sistema respiratório. (LOWDERMILK *et al*, 2002).

Já dava para ele mamar, porque ele tava tomando aquele artificial e era melhor o meu. Aí eu vinha , trazia [...] (Mãe A)

Me preocupo. Como tá mamando, dá o leitinho a ela na hora certa. (Mãe C)

[...] Está sempre acompanhando lá e amamentação. (Mãe E)

[...]Só tiro (da incubadora) para dar mama... (Mãe H)

O leite humano rico em benefícios é importante para um bebê a termo e ideal para uma criança prematura, já que cada mulher produz o leite específico às necessidades do seu filho. A constituição do leite oferecido pelas mães de pré-termo garante os mesmos benefícios nutricionais e imunológicos, como também a estabilidade fisiológica e evolução neurocognitiva. (LOWDERMILK *et al*, 2002)

Embora não revele de maneira direta o conhecimento a respeito da importância da amamentação para a melhora do estado de saúde do seu filho, no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento, a maioria das informantes mostraram interesse em realizar este ato quando questionadas a respeito dos cuidados realizados enquanto seu bebê está internado.

No caso, carinho e amamentando. (Mãe G)

Por enquanto o cuidado que eu to dando só pra dar mama mesmo (Mãe J)

Duas das informantes fazem uma relação direta do ato de amamentar com o ser mãe. O que pode levar à futuros traumas psicológicos tanto para mãe quanto para o bebê, quando não é possível estabelecer a amamentação, já que esse sentimento de não ser mãe pode provocar o afastamento entre mãe e filho.

Ele não é meu completamente que ele ainda não mamou em mim, ainda não mamou [...] eu via as outras mães, todo mundo com seu filhinho na mão, dando peito e eu ali só sonhando com esse dia de chegar. (Mãe D).

[...] tiro leite pra dá na seringa, é a enfermeira que dá, não a gente que dá, porque tem que dá devagar para não engasgar [...] quando você chega no quarto e vê as mães com seus bebezinhos amamentando e você percebe que o seu tá lá em cima que pode tanto tá bom como pode ficar ruim. (Mãe E)

Autores a exemplo de Barbosa e Paziam (2005), Lowdermilk *et al* (2002) e Brasil (2002) recomendam que a amamentação deva ser estimulada nas crianças prematuras o quanto antes, uma vez que a recuperação do bebê é mais rápida quando alimentado com o próprio leite da mãe, ao invés do artificial, sem contar os benefícios psicológicos tanto para a mãe quanto para o bebê através do estabelecimento do vínculo afetivo.

Além de ser favorável para a criança por atender as suas necessidades, uma vez que contém nutrientes (líquidos, carboidratos, gorduras, proteínas, vitaminas e minerais) que promovem uma alimentação saudável e equilibrada como também componentes imunológicos (anticorpos) que ajudam na prevenção de doenças, o ato de amamentar é vantajoso para a lactante, pois estabelece a interação entre mãe-filho. O desenvolvimento deste cuidado por essas mulheres oferece às mesmas um sentimento de importância por oferecer ao seu filho o alimento mais saudável que uma criança possa ter, uma vez que a não realização deste ato possa vir a provocar nas mães uma dificuldade de reconhecer o seu papel como mães cuidadoras.

4.1.3 Conversar

Assim como tocar e amamentar, a conversa das mães com seus filhos prematuros foi identificada como um outro cuidado expressivo realizado por elas:

[...] eu conversava com ele, eu sentia que ele percebia, me reconhecia. Também, tanto tempo ali que eu ficava falando, né meu filho? Se não me reconhecesse que seria estranho. (Mãe A)

[...]eu conversando que não era por mal, aquela dorzinha ali era para fazer um exame, mas a tia não furou porque quis, ela foi se acalmando e dormiu. (Mãe B)

A conversa se constitui como uma das formas de comunicação entre os seres humanos. Assim como o tato, audição é um dos órgãos do sentido que amadurece ainda em ambiente intra-uterino, permitindo que a criança escute quando a mãe estabelece um diálogo durante a gravidez (LINDNER, 1999). Quando o bebê nasce é importante à manutenção desse estímulo para o desenvolvimento e segurança da criança.

[...]eu falo com ele: mamãe tá aqui viu filho, mamãe tá aqui forte para cuidar de você, todo dia eu converso com ele (Mãe D)

[...] e converso bastante com ele porque você tem que conversar bastante com o bebê porque ele tá sensível, tá com sensibilidade e você também tá e você tem que tá conversando, eu converso bastante com ele, é o que mais converso ele fica só dormindo, mas entende, responde com gestos. (Mãe E)

As informantes mencionam a conversa como mais uma forma de estabelecer contato com o bebê. Além de ouvir a voz da mãe, a criança é capaz de armazenar na memória esses estímulos sonoros. Ao nascerem e ao serem estimulados pela mesma voz, esses incentivos reportam os bebês ao ambiente aconchegante que era o útero da sua mãe, segundo Lindner (1999). Esta autora ainda revela que a criança é capaz de absorver o tom de voz da mãe, se é de alegria, de felicidade ou de tristeza. Ao escutar a voz da mãe o bebê desenvolve a linguagem e aprende a distinguir os sons como também se sente mais seguros e protegidos.

[...] Canto né, a música que eu cantava durante a gestação e eu tenho certeza disso que ela relaciona quando tava na barriga e agora. Quando eu começo a cantar ela olha de um lado olha do outro, dá aquela risadinha como que diz assim: Tô conhecendo né essa música. (Mãe B)

Então é importante a conversa, tem que ter a conversa porque o bebê entende. Se ele entende quando está na barriga porque não vai entender agora? (Mãe E)

As informantes relacionam conversar à evolução do estado de saúde do seu filho. Elas entendem que conversar com o bebê faz com que eles durmam, se acalmem, pare o choro, ou seja, sabem que sua voz proporciona o bem estar do bebê. O reconhecimento da voz pelos bebês é evidenciado nas falas das informantes ao afirmarem que ao conversar com seus filhos eles as entendem e as reconhecem como mãe.

Observa-se na categoria de cuidados expressivos que alguns fatores parecem interferir no cuidado entre o bebê e a mãe, tais como o retardo do início do contato entre ambos, a sensação de não ser mãe por não exercer os cuidados com o seu bebê e a conduta dos profissionais de saúde em proibir ou restringir a atuação da mãe junto à criança.

Desta forma, conversar com o bebê transmite-lhe carinho, amor e proporciona lembranças positivas. O estabelecimento do diálogo com a criança proporcionará condições favoráveis para que seja uma pessoa comunicativa, uma vez que ajuda no desenvolvimento psicossocial. Aliado ao toque, promove melhor desenvolvimento cognitivo, acalma a criança e associado à amamentação proporciona os elementos essenciais ao desenvolvimento da criança prematura seja quanto aos aspectos nutritivos, afetivos e de estimulação sensorial.

4.2 CUIDADOS TÉCNICOS

Apesar de não ter sido relatado de forma direta, percebeu-se que a criança prematura ao necessitar de cuidados especializados e por estarem internadas em uma Unidade de Terapia Semi-Intensiva tem a maior parte dos cuidados técnicos dominados pela equipe de enfermagem, restando às mães o cuidado higiênico da troca de fraldas.

4.2.1 Trocar fraldas

Trocar fraldas é o cuidado técnico predominante que as informantes realizam quando o bebê prematuro se encontra internado na semi-intensiva.

Troco fralda, só não faço dar banho [...](Mãe I)

Já sei trocar fralda, já sei como... banho não, ainda não, mas sei trocar uma fralda.
(Mãe D)

Eu posso trocar fralda, só isso, porque ele ta na incubadora. (Mãe E)

[...] não ajudo no banho porque elas dão banho muito cedo e já troquei de fralda.
(Mãe H)

Não dei banho, nada disso, só faço mesmo limpar as fezes, trocar a fralda só. (Mãe J)

As informantes relatam não participar da prática do banho, da troca de roupas, no curativo do coto umbilical, nem mesmo da observação desses cuidados enquanto seu bebê encontra-se internado na Unidade de Terapia Semi-Intensiva. Alegam que os profissionais responsáveis os executavam muito cedo. Presume-se a ocorrência deste fato em consequência da rotina existente na unidade, de maneira que os profissionais deste setor parecem dar mais atenção aos aspectos técnicos e seus afazeres deixando as mães mais afastadas dos seus bebês e dificultando a interação das mesmas com seus filhos. Desse modo, observa-se a rotina hospitalar interferindo nos aspectos da humanização preconizada pelo Ministério da Saúde.

A realização dos cuidados higiênicos passa a ser realizados pelas mães de maneira exclusiva a partir do momento que os bebês saem da Unidade de Terapia Semi-Intensiva e vão para o Alojamento Conjunto ou para a enfermaria Mãe-Canguru.

Banho, troco fralda, limpo o umbigo. (Mãe F)

Banho né? No caso... trocando fraldas, os cuidados mais higiênicos.(Mãe G)

Me preocupo em lavar a mão pra cuidar dela direitinho... Eu lavo as mãos para pegar ela, ai troco a fralda... (Mãe C)

Durante as entrevistas apenas uma das informantes explicitou a preocupação de lavar as mãos para cuidar do seu bebê, o que pode significar que esta ação não é encarada pelas outras informantes como um cuidado de extrema importância para com seus filhos. O ato de lavar as mãos se constitui como a principal barreira para combater infecção. Resta indagar se as mesmas estão sendo pouco estimuladas pelos profissionais de saúde ou se é um fator cultural não dar importância à lavagem das mãos.

Os cuidados técnicos também são importantes para o estabelecimento do vínculo entre mãe-filho. É importante a interação da mãe no processo do cuidar, mesmo que a criança se encontre em estado crítico. Ainda que não possa realizar os cuidados técnicos sozinha, é necessário que a mãe esteja presente, observando, para que dessa forma aprenda a cuidar da criança, adquira mais segurança. A criança ao ter alta hospitalar, ainda pode precisar de cuidados técnicos que serão desenvolvidos pelas mães. É de crucial importância que as mesmas sejam treinadas para prestar cuidados técnicos de baixa complexidade, cabendo essa tarefa de treinamento à equipe de Enfermagem.

Conforme George (2000, p.299) Leininger afirma que “o cuidado humano é universal através das culturas, o cuidar pode ser demonstrado através das diversas expressões, ações, padrões, estilos de vida e significados”.

A dimensão cultural do cuidado envolve os valores religiosos, políticos, econômicos, educacionais, tecnológico e fatores etno-históricos (GEORGE, 2000). Cada ser humano reage conforme o contexto em que vive. Em relação aos cuidados realizados pelas informantes, cada uma agirá conforme a sua dimensão cultural, cabendo a enfermagem ter o entendimento apropriado “da visão de mundo, de fatores da estrutura social, de valores culturais, do contexto ambiental e de uso de linguagem”. (GEORGE, 2000, p.299)

O estabelecimento do plano terapêutico da enfermagem deverá incluir aspectos anteriormente relatados acrescidos de cuidados técnicos que possibilite a independência da mãe em relação aos cuidados após a alta.

Observou-se que os cuidados técnicos são importantes para o estabelecimento do elo de ligação entre mãe e bebê, bem como para a sua sobrevivência. Se a mãe não aprende a realizar os cuidados técnicos durante a hospitalização da criança, esta correrá riscos de reinternação e a mãe se sentirá insegura para realizar os cuidados. A falta de conexão entre

ambos pode provocar a falta de interesse da mãe em cuidar do seu filho e até mesmo o abandono.

Desse modo, o profissional de enfermagem deve se fazer presente de maneira a garantir a segurança da mãe durante o processo de internamento e adaptação aos cuidados do bebê. O profissional precisa estar disponível para esclarecer as dúvidas, explicar as utilidades dos aparelhos em uso, incentivar o contato, incluir a mulher na assistência prestada ao seu filho, promovendo a sua segurança e independência no cuidar do seu bebê.

O treinamento deve ser contínuo, não se limitando ao momento da alta e sim durante o processo de internamento da criança. Quando a alta é cogitada, a enfermeira deverá preparar a mãe para o cuidado domiciliar, devido à sua proximidade e concepção das necessidades de saúde do bebê. (FONSECA *et al*, 2004)

Parece não existir um plano formal na unidade estudada que garanta aprendizado da mãe quanto aos cuidados técnicos necessários ao prematuro. Durante as entrevistas percebeu-se que existe a disponibilidade dos profissionais em orientar as mães quando são solicitados, demonstrando que as atividades educativas ocorrem de forma pontual e ao acaso.

4.3 COMO AS MÃES CUIDAM DOS SEUS BEBÊS

Ao serem solicitadas para explicar como cuidavam dos seus bebês enquanto internados, a maioria das informantes revelou forma semelhante de cuidar quando seus filhos estavam internados nas mesmas unidades. O perfil de cada unidade interfere no cuidado das mães, conforme descrito anteriormente.

Quando questionadas a respeito de quando começaram a cuidar dos seus bebês foi evidenciado que o cuidado desenvolvido pelas informantes na Unidade de Terapia Semi-intensiva não era iniciado logo após o nascimento, diferente do que ocorria quando o bebê era transferido para o Alojamento Conjunto ou para enfermaria Mãe Canguru.

Os bebês, ao serem encaminhados para a Unidade de Terapia Semi-Intensiva, as mães relataram que só começaram a cuidar dos seus filhos em média cinco dias após o nascimento, contrariando os estudos de Brasil (2002), Matinéz (2003), Barbosa e Paziam (2005) e Reichert (2007) que afirmam a importância do estabelecimento da interação entre mãe e bebê, o mais breve possível .

Algumas das informantes cujos bebês estavam internados na Unidade de Terapia

Semi-intensiva seguiam um roteiro próprio na sua forma de cuidar expressa pela **oração e vigília**.

4.3.1 Oração e vigília

Como sabiam da situação crítica na qual seus filhos se encontravam, as informantes relataram fazer orações antes de ter contato com o bebê

A primeira coisa que eu faço quando eu chego, eu sempre oro com ele, assim no caso pra ele ir melhorando (Mãe E).

Assim que eu chego eu sempre antes de eu começar a brincar, eu faço uma oração (Mãe B)

Rezava a noite toda, não dormia e rezando a noite toda pra chegar [...] (Mãe D).

A oração é um artifício muitas vezes recorrido pelas pessoas ao se encontrarem em situações de dificuldade. A busca por artifícios que proporcione a cura ou que favoreça a convivência com a doença é algo que tem origem na antiguidade através dos rituais de práticas de cura desenvolvidos por algumas culturas, que associavam o surgimento dessas doenças e o seu processo de cura ao mundo dos espíritos. (CAPRA, 1982).

Existem literaturas que revelam que a reza ou oração “pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa” (SAAD *et al*, 2001, p.108). Sabe-se que esta ação promove a calma, a tranquilidade e ameniza as angústias. Supõe-se que algumas mães relatam o seu momento de religiosidade e espiritualidade ao cuidar do seu filho por acreditarem que a oração ou reza, promovem a cura ou melhora do estado de saúde do bebê.

Segundo Saad *et al* (2001) a espiritualidade é algo mais amplo que a própria religiosidade, é o que faz com que a vida do indivíduo tenha significado, promove o sentimento pessoal além de estimular a preocupação com o semelhante e consigo mesmo. Este novo sentido da vida proporcionado pela espiritualidade e também pela religiosidade permite que o ser humano tolere sentimentos tais como raiva, culpa e ansiedade. Desse modo, justifica-se a reza e a oração das mães em promover a saúde dos seus bebês.

Conforme os conceitos da visão holística

O organismo humano é visto como um sistema vivo cujos componentes estão todos interligados e interdependentes [...] o organismo individual está em interação contínua com seu meio físico e social, sendo constantemente afetado por ele, mas podendo também agir sobre ele e modificá-lo. (CAPRA, 1982, p.311)

A oração ou reza desenvolvida pela mãe direcionada ao seu bebê promoverá um campo energético satisfatório que poderá interferir positivamente na saúde do mesmo.

Além da oração, a vigília era um outro fator presente no discurso de algumas informantes. Em consequência de não ter o domínio por completo dos cuidados do seu filho, a forma encontrada por parte delas foi vigiar.

Ferreira (2004, p.187) define a vigília como “desvelo, cuidado, dedicação”. Desse modo a vigília constitui-se também como uma forma de cuidar. Do ponto de vista da enfermagem trata-se de um cuidado técnico, pois inclui a observação como fator primordial de qualquer cuidado, do ponto de vista das mães, constitui-se em um cuidado expressivo, uma vez que as mesmas não têm o conhecimento técnico-científico necessário para identificar a importância da vigília como uma fonte de observação técnica.

A vigília pode ser considerada do ponto de vista holístico, como um cuidado energético, forma de transmitir energia positiva e assim influenciar na cura do bebê.

Estar sempre atenta a qualquer movimento, a qualquer atitude que venha prejudicar o seu tratamento, avisar aos profissionais de saúde qualquer situação diferente do que as mães estavam acostumadas a presenciar se constituía como forma de velar a saúde do filho e assim, influenciar no seu estado de saúde.

Então eu fico o dia todo sentada do lado dele ali, qualquer movimentinho que ele dá tá eu lá com a mão para tirar porque ele é muito danado, ele tira a sonda quando ele tava com o aparelho no nariz toda hora ele tirava. É o cuidado que eu dou à ele, tá ali ligada vinte e quatro horas para ele não tirar a sonda que ele fica puxando[...] (Mãe D)

Ficava com ele só olhando para ele e pronto [...] (Mãe A)

Todos os dias eu tava aqui, todos os dias eu procurava cuidar dele (Mãe G)

Eu só fico com ela só aí dentro, fico um bom tempo [...]. (Mãe J)

Embora seja constatado retardo no cuidar dos bebês pelas mães no que se refere ao toque, amamentar e trocar fraldas quando estes estão internados no semi-intensiva, não se

pode confirmar que a mãe era completamente impedida de cuidar do seu bebê vez que podia conversar e vigiá-lo.

Quando o bebê estava internado no Alojamento Conjunto e na unidade Mãe Canguru os cuidados realizados pelas informantes era completo, uma vez que incluía o conversar, o toque, embalavam a criança, realizavam a amamentação, os cuidados higiênicos a exemplo de dar o banho, realizar a limpeza do coto umbilical, troca de fraldas e roupas.

De manhã eu dou um banho, troco a fralda, limpo o umbigo, depois dou a mama...só, a maior parte do dia ele passa dormindo (Mãe F)

Na limpeza, segurar ele direitinho, as vezes..., que a gente tem medo né? Que é tão pequenininho, que a gente fica com aquele medo de deixar cair, pq é muito pequeno. (Mãe G)

Neste estudo, as etapas seguidas pelas mães no cuidado do bebê diferem das relatadas por Barbosa e Paizam (2005). Percebeu-se que as informantes iniciam o cuidar a partir da oração ou reza, seguido da vigília, do toque, da conversa, da amamentação, troca de fralda. Após a criança ser transferida para o Alojamento Conjunto ou Mãe Canguru realizava os demais cuidados a exemplo do banho, troca de roupas e limpeza do coto umbilical.

4.4 JUSTIFICATIVAS DAS MÃES NO CUIDADO DOS BEBÊS

Ao parir um filho, o maior desejo da mãe é poder cuidar dele, desenvolver os cuidados que estejam ao seu alcance, mas diante da situação de um pré-termo essa vontade é tolhida, ficando as mães a mercê das rotinas da unidade na qual o seu filho está internado.

Observou-se nos depoimentos que parte das informantes relataram ansiedade em querer cuidar dos seus filhos de maneira que esse sentimento aumentava ainda mais ao ver o profissional de enfermagem cuidando e ela sem poder executar os cuidados ou os realizavam de forma limitada. Isso parece causar incômodo entre as mães por não aceitarem o fato de terem parido a criança e não poder cuidar dela ao seu modo, tendo que seguir regras estipuladas por pessoas desconhecidas.

Ao serem questionadas a respeito dos motivos que motivaram cuidar do seu bebê, diversas foram as respostas, de maneira que estabeleceu-se três subcategorias: Mãe como fonte de saúde para o filho e melhor cuidadora; Obrigação da mãe; Reconhecimento como

mãe.

4.4.1 Mãe como fonte de saúde para o filho e melhor cuidadora

A maior parte das informantes quer começar a cuidar dos filhos o quanto antes, por acreditar que a mãe é a fonte de saúde do filho e é a melhor cuidadora.

E se mexe muito, aí veio no maior choro, esperneando o tempo todo, aí eu comecei a acarinhar, comecei a cantar, no final ela já dormiu. E se a mãe não tivesse perto ela ficaria chorando até o tempo de parar por ela mesma. Já com carinho não, ela foi se acalmando [...]. (Mãe B)

[...] É importante o contato da mãe com o bebê. Com certeza, com certeza que ele me reconhece, entendeu? Tenho certeza, você ali tocando nele ... Ajuda muito, eu acho que ele vai querer sair daí mais rápido do que eu imagino, porque tanto carinho que tenho, que dou à ele [...]. (Mãe D)

É fundamental o contato, não existe enfermeira, médico, não tem ninguém, é a mãe. Existe uma melhora, prova disso quando ele tava com a respiração bem ofegante que eu abria o lugar que coloca a mão e quando eu pegava nele dizia: bebê respire direito meu amor, olhe a mamãe, é a mamãe e já no aparelhinho já via a melhora dele. (Mãe E)

Embora a maior parte das mães não tenha o conhecimento científico a respeito da melhora do seu filho pré-termo quando cuidados por elas, muitas acreditam que o seu contato ajuda os seus bebês.

Eu acho o meu cuidado muito importante, eu acredito que melhora o quadro dele, o contato, assim, da mãe com filho tende a melhorar pelo menos é essa a impressão que a gente tem. (Mãe G).

A crença da mãe na melhora do estado de saúde do filho através dela é confirmada pelos profissionais de saúde da instituição analisada, mas apesar de reconhecerem a grandiosidade da mãe na recuperação do bebê eles parecem permitir poucas oportunidades

de iniciar mais cedo esse contato entre ambos. A demora da mãe em cuidar por completo do seu filho pode causar transtorno no relacionamento dos dois.

No período que transcorreu a pesquisa observou-se uma intensa vontade das informantes em quererem acompanhar o seu filho, ajudar na sua melhora, realizar os cuidados e receberem alta o mais breve possível. Não houve nenhum relato de abandono ou rejeição da criança.

Embora as informantes reconheçam que a equipe de enfermagem cuida bem dos seus bebês e que detem o conhecimento específico em relação ao cuidar, as mães afirmam que cuidariam melhor do que os profissionais ao realizarem as mesmas atividades.

É muito bom também o cuidado da enfermeira, mas não é a mesma coisa que a gente. A gente cuida vem bem devagarzinho com aquele carinho, vai conversando, acarinhando, e aí como tem muito, não é verdade? Aí vai... , não tem..., ter carinho tem mas não tem aquele diálogo não é verdade? Só “fica quieto, fica quieto” uma coisa mais rápida e a gente passa mais tempo dá mais carinho, e mesmo que não sabendo fazer acaba acertando só na quantidade de carinho que a gente passa. (Mãe B)

Afirmando o que Scochi *et al* (2003) já ressaltava, que a mãe é capaz de cuidar de seu filho de maneira adequada mesmo quando este é prematuro e está estável no ponto de vista da saúde. Numa situação mais crítica isso não é possível uma vez que a mãe não detem o domínio dos cuidados mais específicos.

Eu ficava com ciúme, sentia uma ingratidão. Assim, porque eu que tive e não poder pegar, apesar de não ter, assim, ela estudou para aquilo né? Sabe o que faz e o que não faz, mas eu acho que eu faço melhor, porque quando pega, assim, ela é acostumada a pegar um monte de crianças então não é o meu que ela vai pegar diferente né? Ela vai pegar como pega mesmo, aí eu ficava, assim, achando que tava machucando, mas na verdade não tava, aí eu ficava pensando: ah, eu pego melhor, claro que eu pego melhor se eu sou a mãe. (Mãe A)

As informantes acreditam que por serem mãe cuidariam melhor, pois, o filho as reconhece. Em relação aos profissionais de enfermagem, as informantes relatam que estes não fazem distinção entre os bebês, uma vez que possuem variadas atividades a serem desenvolvidas, não dispendo de tempo para acarinhar, conversar, tocar e para transmitir

segurança à criança.

Desse modo, se faz necessário que o profissional de enfermagem, em destaque a enfermeira, propicie condições para que as mães participem mais dos cuidados com seus bebês prematuros. A relação da recuperação mais rápida do filho com o cuidado da mãe é reconhecida cientificamente através de Brasil (2002), Martínez (2004), Haydu (2005) e Reichert (2007) quando referem que a importância dos cuidados da mãe se constitui como fator imprescindível para a melhora e estabilidade do estado de saúde da criança.

4.4.2 Obrigação da mãe

Pôde-se perceber que apesar das conquistas que as mulheres adquiriram ao longo dos anos em relação ao seu reconhecimento perante a sociedade no que diz respeito aos aspectos éticos, políticos e socioeconômicos, ainda persiste a idéia de gênero, da maternidade como exclusiva responsabilidade da mulher.

Entende-se como gênero o papel cultural e socialmente determinado para homens e mulheres que incorpora a idéia de assimetria e de hierarquia nas relações entre homens e mulheres, a dimensão de poder nas relações entre os sexos e os papéis socialmente construídos. (Scott, 1991). Esse conceito ainda não é capaz de mudar a realidade dos pensamentos e atitudes das pessoas inclusive das mulheres entrevistadas que consideram como obrigação prioritária das mesmas cuidar dos seus bebês.

Porque é meu, porque é meu é obrigação minha, não tem essa mãe que não queira cuidar do seu filho, né? Então é meu quem tem que cuidar sou eu, quem pariu Mateus que balance, então tem que cuidar. (Mãe E)

Porque eu sou a mãe dele (Mãe F)

Oh meu Deus, olhe o tamanho..., eu tenho que cuidar mesmo doentinha [...] (Mãe J).

O conceito presente entre as informantes parece ser resultante da sociedade machista na qual ainda se vive, onde a mulher é vista ainda como peça indispensável ao lar, tendo a obrigação de cozinhar, cuidar da casa e dos filhos. É um fenômeno histórico-cultural que tem origem nos tempos primitivos, quando o homem saía para caçar enquanto a mulher ficava a cuidar da moradia, das crianças, dos idosos e das plantações como ressalta Waldow

(1998), de forma que esse ranço ainda persiste até os dias atuais.

Não houve relato dos pais serem responsáveis pelo cuidado do filho durante o seu internamento, apenas a mãe. No espaço de tempo que transcorreu a entrevista presenciou-se o comparecimento de um único pai com a sua companheira. Embora Martínéz (2004) revele que essa tendência esteja mudando, que a figura paterna encontra-se mais presente nos cuidados dos filhos, não foi a realidade constatada entre as falas das informantes.

Desse modo, ressalta-se a importância da participação da figura paterna tanto para a recuperação do pré-termo quanto para dividir a responsabilidade do cuidar do filho com a mãe. A equipe de enfermagem deve proporcionar condições para que o pai também participe desses cuidados, estimulando as suas visitas.

4.4.3 Reconhecimento como mãe

A prematuridade se constitui como um obstáculo para a realização integral do cuidado dos bebês pelas mães. O fato de não poder cuidar do filho faz com que as informantes não se reconheçam como verdadeiras cuidadoras e também não saibam identificar sua função diante deste contexto. Esta situação causa sofrimento entre as informantes já que não detém o domínio do seu filho. Apesar de terem dado a luz ao seu bebê, quem irá determinar o que pode ou não ser feito é a equipe de enfermagem, pondo em dúvida, entre essas mulheres o seu papel como mãe

Eu ficava com agonia, aquela aflição, ah eu quero logo pegar, quando eu pegar ele vai saber logo que sou eu, porque eu vou pegar com jeitinho sem machucar. (Mãe A)

Ah, dava uma vontade de pegar, né? Aquela vontade, eu até tentava, mas enfermeira me chamava atenção: mãe, eu já disse que não pode, ele é um bebê grave, você tem que ter paciência, porque se você pegar nele aí, ele vai ficar mais agitado, vai querer arrancar os aparelhos, ele tá tomando oxigênio, tá com essa sonda, tá com tanta coisa, você não pode mexer com ele. É que eu via as outras mães segurando os bebês, eu também queria segurar o meu. (Mãe D)

Diante do exposto há uma necessidade entre as informantes em querer realizar algum tipo de cuidado para que se sinta responsável pelo seu filho e que estes as reconheçam como sua única mãe.

Uma das informantes relatou querer cuidar do seu filho por ser um direito seu.

Porque é direito meu, é direito da mãe, se o filho é da mãe. Elas têm direito, [...] mas se as mães teve, elas tem direito de cuidar dos filhos para ir já treinando (Mãe C)

O estatuto da criança (BRASIL, 2001), no Art. 12 garante a permanência da mãe ou outro familiar ao lado do seu filho em tempo integral, favorecendo o cuidado do bebê.

O cuidado nessa categoria apresenta-se como uma forma de reconhecimento da mulher enquanto mãe. As informantes deixam transparecer nos depoimentos a vontade de serem reconhecidas como mães pelo seu próprio filho. Demonstrem ciúme, insatisfação quando não estão cuidando da criança e se consideram mais capacitadas que a equipe de enfermagem na realização dos cuidados.

4.5 FACILIDADES E DIFICULDADES RELATADAS PELAS MÃES NO CUIDADO DO PREMATURO

Nesse item foram agregadas as facilidades e dificuldades em um quadro sintético (Quadro 2) no qual se apresentam fragmentos das falas e aspectos de facilidades e/ou dificuldades evidenciados.

Ao serem questionadas sobre as facilidades e/ou dificuldades que enfrentaram para cuidar do seu bebê, as informantes abordaram diversos tópicos.

O nível de facilidade e/ou dificuldade se relaciona de forma inversa ao grau da necessidade de cuidados e a unidade na qual a criança está internada. Percebeu-se que as dificuldades eram mais relatadas pelas informantes que tinham seus filhos internados na Unidade de Terapia Semi-Intensiva.

Entre as principais facilidades estão **a atuação do profissional, a vontade da mãe em querer aprender** e a **permanência na instituição**, entre as dificuldades foram citadas **o estado emocional da mãe, o medo e o uso de aparelhos pelo bebê**.

A atuação do profissional de saúde em especial da equipe de enfermagem expressa através do apoio e do diálogo, é aspecto facilitador para as mães que acompanham bebês na instituição. Segundo as informantes, existe disponibilidade das enfermeiras em explicar para as mesmas sobre o estado de saúde do bebê entretanto, não relatam ações formais de educação em saúde desenvolvidos na unidade.

O diálogo existente entre a equipe e a mãe faz com que ela se sinta acolhida e segura para enfrentar esta situação. Mittag e Wall (2004) já faziam essa colocação quando salientava a importância da enfermeira em estar presente nesse primeiro contato, assim como Scochi (2003) enfatizava o papel desta profissional em dar apoio às mães que inicialmente se apresentavam receosas e com medo de cuidar dos seus filhos.

A vontade de aprender é outro fator importante que facilita o cuidado das mães, uma vez que as mesmas estão abertas a assimilar informações novas, mostrando-se interessadas e atentas à realização dos cuidados pela equipe.

Em relação às ações de educação em saúde entendida conforme Candeia (1997)

[...] como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra *combinação* enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra *delineada* distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. *Facilitar* significa predispor, possibilitar e reforçar. *Voluntariedade* significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. *Ação* diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde. (CANDEIA, 1997, p.210)

Percebe-se através das falas que não há uma referência das informantes em relação a participação de ações planejadas visando a independência das mães no cuidar dos seus bebês. Parece não existir na unidade um programa de educação em saúde voltado para o treinamento durante o período de internação. Este fato retrata uma deficiência do serviço de saúde em não desenvolver as ações conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Como as atividades educativas fazem parte da função do enfermeiro, questiona-se quais os motivos que podem estar levando a não realização de atividades educativas sistematizadas de educação em saúde? Será que as rotinas da instituição estão interferindo? Será que a enfermeira não dispõe de tempo para realizá-las ou não as priorizam ou não se sentem preparadas para realizá-las?

Vale ressaltar que as atividades educativas são fundamentais para o aprendizado das mães no cuidar dos seus bebês. As ações planejadas e executadas pelas enfermeiras promovem a independência das mães ampliando o conhecimento sobre o cuidado da criança, aumentando a autonomia, tornando-a segura e confiante no seu papel de mãe cuidadora.

A permanência das mães com seus filhos na instituição é outro facilitador do

cuidado, possibilitando a interação entre ambos e evitando gastos financeiros da mãe com locomoção.

Em relação às dificuldades, o estado emocional da mãe diante do nascimento do filho prematuro, constitui-se um dos fatores importantes, pois as mesmas são levadas a enfrentar uma situação nova, de lidar com a criança com características específicas que exigem um preparo psicológico que elas não apresentam no momento.

Ao engravidar a mulher cria o filho imaginário de forma que este é sempre perfeito. Na situação de prematuridade, o filho real é diferente do idealizado o que provoca uma dificuldade de adaptação, levando ao medo de cuidar, de tocar, entre outros.

O medo de pegar na criança, de quebrá-la, de deixar cair foram dificuldades relatadas que interfere no cuidar.

Vários autores concordam que o estado emocional da mãe e o medo interferem no cuidado a exemplo de SCOCHI *et al*, (2003); MITTAG; WALL, (2004); BARBOSA; PAZIAM, (2005) e REICHERT *et al*, (2007).

O uso de aparelhagem pelo prematuro se constitui como um outro fator que dificulta o cuidado por dois motivos. Um porque a mãe se sente assustada com o aparato tecnológico usado, evitando realizar os cuidados com o bebê e outro porque algumas vezes a equipe não permitia fazê-lo.

Apesar do apoio e o do incentivo ao cuidado das mães por parte das enfermeiras, segundo a fala das informantes, percebe-se que o cuidado só era estimulado depois de retirado os aparelhos. Mesmo sendo fundamental para a sobrevivência da criança, todo aparato tecnológico não deveria ser um empecilho para que as mães iniciassem os cuidados, já que o início tardio deste ato é prejudicial para o bebê.

A peça fundamental para o êxito das mães em cuidarem dos seus bebês é o profissional de saúde, dentre eles a enfermeira por se constituir como um elemento de apoio e orientação das mães e elo entre o filho. Segundo George (2000), as intervenções propostas por Leininger referente ao cuidado a ser ofertado pela enfermeira devem ocorrer através da conservação do cuidado, negociação ou repadronização, de maneira que as bases culturais do indivíduo determinarão o modo de decisão e ação que o profissional de enfermagem deve seguir para garantir a independência das mães no cuidar dos bebês.

FACILIDADES RELATADAS PELAS INFORMANTES	ASPECTO ENCONTRADO	DIFICULDADES RELATADAS PELAS INFORMANTES	ASPECTO ENCONTRADO
<i>Eu conversei com a enfermeira daqui, conversei com ela, ela me explicou tudo direitinho (Mãe B).</i>		<i>Fiquei abafada, aquela vontade de chorar, muita dor de cabeça, aí voltei e não tive contato (mãe b).</i>	
<i>Os profissionais são bons, são muitos bons, a gente sente assim um apoio grande deles, principalmente das pediatras, das enfermeiras, a gente sente assim que elas têm o máximo de cuidado. (Mãe G)</i>	Atuação do profissional	<i>Então foi aquele susto para mim, eu nunca tinha visto, eu nunca tinha deparado com uma situação daquela, então eu não queria vê-la (Mãe G)</i>	Estado emocional
<i>A gente procura aprender tudo da melhor maneira possível para poder cuidar dele direito. (Mãe A)</i>	Vontade de aprender a cuidar	<i>Na hora de amamentar, tinha medo, mas agora não tenho mais não. (Mãe A)</i>	Medo
<i>eu já tando aqui acho que facilita o máximo (Mãe B)</i>	Permanência no hospital	<i>Tenho medo de suspender demais quebrar algum ossinho. (Mãe B)</i>	
		<i>Eu tinha medo[...] A gente tem medo né? que é tão pequenininho, que a gente fica com aquele medo de deixar cair (Mãe G)</i>	
		<i>Ele tava todo cheio de aparelho, com aquele óculos. (Mãe D)</i>	Uso de aparelhos pelo bebê

FONTE: Dados das entrevistas, 2007

Quadro 2-Facilidades e dificuldades do cuidar de prematuros

4.6 FATORES RELACIONADOS À PREMATURIDADE NA CONCEPÇÃO DAS MÃES

As informantes ao serem questionadas sobre os fatores relacionados ao parto prematuro, seis delas responderam ser a hipertensão arterial causa da prematuridade e duas

delas relacionaram à amniorrexe prematura.

Segundo Brasil (2005), a elevação da pressão arterial é responsável pela principal causa de mortes perinatais, de modo que pode ser consequência da hipertensão crônica, ou desenvolvida durante a gravidez, denominada de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia. Das informantes que associaram o parto prematuro a hipertensão arterial, duas já eram hipertensas, antes da gravidez. As demais desenvolveram pré-eclâmpsia.

Excesso de trabalho e também a pressão, aí contribuiu para que fosse prematuro, minha pressão subia de acordo com..., eu trabalho muito, corre- corre da vida, e aí a pressão subia, no que a pressão subia dificultando ela de respirar, aí tive que me internar, aí tive que fazer a cesariana. (Mãe B)

Eles verificaram que a minha pressão tinha aumentado. Na minha 7º consulta ela já tinha aumentado mais um pouquinho, 14 por 9, mas uma coisa que não tava em risco, então ele me passou uma dieta, eu fui fazendo a dieta e tomando medicamento, mas mesmo com medicamento ele não abaixou. (Mãe E)

A realização do pré-natal se constitui como o principal meio para a identificação precoce deste fator de risco para a gestação. Uma vez identificada, o Ministério da Saúde preconiza o acompanhamento minucioso desta gestante para que a gravidez não seja atribulada e não traga sofrimento fetal. Uma das informantes associa além da hipertensão o excesso de trabalho como causador da prematuridade, ratificando os estudos de Brasil (2005).

Devido à pressão alta, eu não tinha problema de pressão, acho que foi na hora do susto quando o médico disse que eu ia ficar. Eu tava comendo sal também, minha perna inchou, meu pé inchou, tudo inchou, fiz pré-natal certinho, foi mais o sal que eu tava comendo, aí a pressão aumentou, não teve como baixar [...] cada pré-natal que eu fazia aumentava a pressão. Aí quando o médico disse que eu ia ficar a pressão foi para 16, fiquei preocupada com essa criança, a médica disse que eu tive pré-eclâmpsia. (Mãe F)

Existe uma relação entre realização do pré-natal e hipertensão arterial assegurado por Brasil (2005). A gestante quando frequenta as consultas e segue as orientações dos profissionais de saúde, possibilita identificar a pré-eclâmpsia precocemente. Agir de forma

correta realizando as consultas e acatando as orientações, não significa que a gestante não apresentará hipertensão arterial.

A maioria das informantes que associou a prematuridade ao elevar da pressão arterial realizou o pré-natal de maneira correta, embora algumas tenham relatado o abuso do uso do sal.

A perda de líquido amniótico foi outro fator associado à prematuridade relatada pelas informantes. Duas delas vivenciaram a prematuridade como resultado da amniorrexe prematura. De acordo com Brasil (2005) a ruptura precoce da bolsa se constitui como responsável por 1/3 dos casos de prematuridade. Este determinante é causador das complicações maternas e neonatais, a exemplo da infecção.

Eu fiquei internada 12 dias aqui, perdendo líquido. Aí vim me internei, como se tivesse estourado a bolsa. Eu perdi muito líquido. O médico me internou, eu fiquei 12 dias, tomando antibiótico, tomando remédio para segurar ele, amadurecer os pulmões. Depois de 12 dias parou de perder líquido, ele me deu alta, eu fui para casa, eu não senti mais nada [...] E o que eu acho que levou eu ter o parto prematuro foi isso, a perda de líquido no início e que depois foi constatado que teve infecção nos bebês [...] (Mãe D)

Eu acho que tava perdendo líquido como tava perdendo líquido então era melhor, ia fazer vários exames porque no caso meu, para ver se tinha chance de segurar até novembro lá pro dia 12, mas corria o risco de uma morrer (Mãe C)

De acordo com a fala das informantes percebe-se que os fatores associados à prematuridade estão em consonância com o que a literatura coloca. Em Brasil (2005), essas causas são estabelecidas como parte de um conjunto de fatores responsáveis pela gestação de alto-risco e conseqüente prematuridade. Percebe-se que a maior parte das informantes aparenta ter conhecimento das causas que as levaram ao parto prematuro e também demonstra ter noção da importância da realização do pré-natal, uma vez que oito fizeram acompanhamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu descrever os cuidados realizados pelas mulheres mães de bebês prematuros internados em uma unidade hospitalar da rede pública do município de Salvador, como também relatar as facilidades e dificuldades enfrentadas por elas no cuidar dos seus bebês e identificar os fatores relacionados à prematuridade na ótica dessas mulheres.

A realização dos cuidados de mães com bebês prematuros está intimamente ligada à unidade na qual o bebê está internado, de maneira que existe forma semelhante de cuidar quando os bebês se encontram na mesma unidade. O cuidado desenvolvido na Unidade de Terapia Semi-Intensiva não era realizado logo após o nascimento, diferente de quando o bebê era transferido para o Alojamento Conjunto ou Mãe Canguru.

Ao terem seus filhos internados na Unidade de Terapia Semi-Intensiva, as informantes seguiam um roteiro na forma de cuidar, iniciado pela oração e pela vigília, sucedido pelos cuidados expressivos e técnicos assim identificados.

A oração e a vigília faziam parte do início do cuidar. A oração era realizada antes e durante a visita do bebê e a vigília ocorria principalmente quando não podiam ter contato com o filho. A realização dessas ações denota os aspectos de religiosidade e espiritualidade das mães no fortalecimento das mesmas e cura dos bebês.

O cuidado expressivo era representado pelo tocar, amamentar e conversar. O toque era permitido em todas as unidades, mas dependia do estado de saúde da criança de maneira que em algumas situações o profissional de saúde não permitia, a exemplo de quando o bebê estava usando aparelhos importantes à sua sobrevivência.

O ato de amamentar foi considerado como cuidado inerente à mulher mãe, sendo que as informantes mostram interesse em realizá-lo, além de que algumas associam a amamentação com ser mãe.

Conversar foi mais uma forma referida pelas informantes de estabelecer contato com o bebê, relacionando-o a evolução do estado de saúde do filho. Além disso, relatam que os bebês reconhecem a sua voz, entendem o que elas falam e as reconhecem como mãe.

Quanto aos cuidados técnicos, trocar fraldas foi o cuidado predominante na Unidade de Terapia Semi-Intensiva. Parece não existir participação das mães na prática do banho, da troca de roupa, no curativo do coto umbilical e nem observação desses cuidados nesta unidade. Foi também constatado, que apenas uma mãe explicitou sua preocupação em lavar as mãos para cuidar do seu bebê e nenhuma relatou a participação de atividades educativas na

unidade.

Ao serem privadas dos cuidados com seus filhos, as mães demonstraram ansiedade em querer realizá-los, de maneira que esse sentimento aumentava ao ver o profissional de enfermagem cuidando dos seus bebês.

Algumas justificativas foram relatadas pelas mães para cuidar dos seus bebês. A mãe como fonte de saúde para o filho e melhor cuidadora foi um dos fundamentos utilizados, pois acreditavam que o seu contato ajudava o bebê. Embora reconheçam o profissionalismo da equipe de enfermagem, as mães se consideram melhores cuidadoras. Além disso, relatam que os profissionais de enfermagem não fazem distinção entre as crianças por indisponibilidade de tempo.

Uma outra explicação foi a obrigação que a mulher tem em cuidar do filho revelando aspecto da concepção de gênero sedimentado na cultura e comportamento das mesmas. Não existiu exemplo de pais cuidando do filho, apenas presenciou-se o comparecimento em visita de um pai. Havia também a necessidade das informantes em realizar algum cuidado com o seu bebê para que se sentissem responsáveis pelo seu filho e que os mesmos as reconhecessem como mãe.

Para realizar os cuidados já descritos, as informantes relataram encontrar algumas facilidades, a exemplo da atuação dos profissionais, que se mostram disponíveis em orientá-las a respeito do estado de saúde do bebê; da vontade delas em querer aprender, assim como a permanência na instituição, mesmo quando estão de alta.

Além das facilidades existiam as dificuldades, como o estado emocional das mães diante da prematuridade, o medo de realizar os cuidados e a utilização dos aparelhos pelo bebê, uma vez que se sentiam assustadas com o aparato tecnológico; ou a equipe de enfermagem não permitia a realização pela mãe.

A maior parte das informantes associou a prematuridade a causas pertinentes que são confirmadas pela literatura, a exemplo da hipertensão e amniorrexe prematura. Além do conhecimento das causas, demonstraram ter noção da importância da realização do pré-natal.

A partir dos resultados encontrados, no que tange aos cuidados expressivos na unidade semi-intensiva, pode-se perceber que o toque é iniciado tardiamente diante de sua importância no estabelecimento do vínculo afetivo. Por não poder tocar, a mãe pode se sentir dispensável aos cuidados do mesmo podendo ter dificuldades posteriormente de cuidar.

A ocorrência de traumas psicológicos para mãe por não poder amamentar podem

surgir, já que existe a possibilidade do afastamento da mesma por não reconhecerem seu papel como cuidadora. Já a conversa se constitui como uma forma de cuidar que transmite carinho, amor e lembrança positiva além de favorecer o desenvolvimento da comunicação.

Em relação aos cuidados técnicos na Unidade de Terapia Semi-Intensiva, supõe-se que a sua limitação está relacionada à rotina da unidade, de maneira que isso muda quando o bebê é transferido para o Alojamento Conjunto ou Unidade Mãe Canguru. Pôde-se considerar que a lavagem das mãos não é um hábito das mães ao cuidarem dos seus filhos, questionando-se se não são estimuladas pelos profissionais de saúde ou se constitui como ato cultural não realizá-lo.

Os cuidados são importantes para o estabelecimento da interação entre mãe e bebê. É importante a participação da mãe no cuidado, mesmo que o bebê esteja em estado crítico. Vale salientar a necessidade da presença da mãe mesmo que observando, para que possa aprender a cuidar do filho e adquira mais segurança.

É crucial que as mesmas sejam treinadas para prestar cuidados técnicos de baixa complexidade, cabendo essa tarefa de treinamento à equipe de enfermagem. O profissional precisa estar disponível para esclarecer as dúvidas, explicar as utilidades dos aparelhos, incentivar o contato, incluindo assim a mãe na assistência. Além disso, nenhum relato foi feito à educação em saúde durante a internação. O que pode demonstra que as enfermeiras não estão desenvolvendo o seu papel de educadora fundamental para o aprendizado das mães no cuidar dos seus filhos.

Sabe-se da disponibilidade dos profissionais em orientar as mães quando são solicitados, mas entende-se que as atividades educativas ocorrem de forma pontual e ao acaso, o que leva a supor a inexistência de um plano formal que direcione estas atividades. As informações eram fornecidas quando solicitadas pelas informantes, e que os dados só eram revelados a partir do interesse das mesmas em perguntar, o que pode causar desconforto para as mais tímidas.

Além da figura materna, é necessária a presença do pai do bebê tanto para a recuperação do mesmo quanto para divisão da responsabilidade do cuidar do filho com a companheira.

Quanto às facilidades, sabe-se que o apoio dos profissionais garantem à mãe o acolhimento e a segurança diante da situação, que sua vontade de aprender favorece o entendimento das informações e aumenta o interesse em conhecer e realizar os cuidados, além de que a sua permanência na instituição possibilita a interação entre mãe e filho e evita os gastos financeiros.

Dentre as dificuldades, o estado emocional da mãe e o medo interferem no cuidado, vez que enfrentam uma situação atípica que é cuidar de uma criança com características peculiares, sem ter na maioria das vezes, o preparo psicológico necessário aquele momento e que a tecnologia não deve ser um empecilho para a realização dos cuidados pelas mães.

Neste contexto, a enfermeira se constitui com o profissional eixo para ajudar as mães na realização dos cuidados com os seus bebês, proporcionando-lhes apoio e orientação para que possam interagir com seu filho sem danos psíquicos e sociais entre ambos.

A entrada no campo bem como o desenvolvimento da pesquisa na instituição se constituiu como uma facilidade. O diretor e a coordenadora de enfermagem da referida maternidade gentilmente permitiram a realização da pesquisa assim como as enfermeiras das unidades pesquisadas contribuíram na busca das informantes.

Como dificuldade para a realização deste trabalho constituiu-se o parecer do comitê de ética, que solicitou adequação do projeto, sendo necessário direcionar o olhar para outro foco o que resultou na elaboração de um novo projeto. Realizar as etapas para consolidar a pesquisa juntamente com a realização das atividades acadêmicas constituiu-se como uma outra dificuldade. Isto acarretou estresse, uma vez que era necessário dar conta da realização da pesquisa dentro do tempo pré-estabelecido.

Existe a necessidade dos profissionais de enfermagem da instituição pesquisada em refletir a respeito das suas condutas no que se refere ao apoio dessas mães, já que as mesmas se encontram abaladas emocionalmente e apreensivas diante desse novo contexto, visto que a enfermeira se constitui como a principal responsável pela integração entre mãe-bebê.

Diante dos dados relatados pelas informantes para cuidar dos seus filhos, presume-se não existir um programa de ação de educação em saúde para as mães bem como um protocolo destinado ao treinamento das mães durante o período de internamento para quando houvesse uma provável alta, seja para casa, alojamento conjunto ou enfermaria Mãe-Canguru. A elaboração de materiais educativos envolvendo essa temática juntamente com o apoio e a orientação dos profissionais de forma sistemática ajudaria a diminuir a ansiedade e o medo que essas mães apresentam durante a internação da criança. A existência deste material certamente auxiliará nos cuidados a serem realizados pelas mães tornando-as mais confiantes.

Os resultados deste trabalho poderão servir de subsídio para a reflexão dos profissionais da unidade de maneira a redirecionar as práticas do cuidar como também esclarecer aos mesmos o que as informantes referem a respeito da importância em realizarem os cuidados que o filho necessita ainda na Unidade de Terapia semi-Intensiva.

Este trabalho poderá servir para futuras mudanças a cerca dos cuidados que as mães poderão realizar mesmo que seus filhos estejam na terapia semi-intensiva. Sugere-se uma pesquisa a cerca desses cuidados na visão dos profissionais, visto que esta pesquisa é baseada nos relatos das mães de bebês prematuros, bem como levantamento das razões pelas quais os profissionais não estão desenvolvendo as atividades de educação em saúde.

A realização deste trabalho foi gratificante, servirá como fonte bibliográfica para o aprendizado de profissionais e acadêmicos de enfermagem, contribuirá para a evolução da profissão na área de pesquisa, além de permitir a ampliação do conhecimento, contribuindo para o aprendizado a respeito dos cuidados que as mães de prematuros realizam.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Auxiliadora Gomes de. Assistência ao Recém-Nascido de Risco. In: _____. **Transnatalidade e primeiras relações pais / bebê pré-termo**. 2ª Edição, 2004

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa, edições 70, 1977.

BITTAR, Roberto Eduardo. O que fazer para evitar a prematuridade?. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 47, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jul 2006. Pré-publicação.

BOBROFF, Maria Cristina Cescatto. **Identificação de comportamentos de cuidado afetivo-expressivos no aluno de Enfermagem: construção de instrumentos**. Ribeirão Preto, 2003.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente** : Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991. – 3. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.

BRASIL. **Gestação de Alto Risco**/Secretaria de Políticas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 164p.

BRASIL. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 158 p.

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/ Secretaria de Políticas de Saúde, área da Saúde da Criança. 1º ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 282p.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 31, n.2, 1997Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jan 2008. doi: 10.1590/S0034-89101997000200016

CAPRA, Fritjof. **O ponto de Mutação**: a Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente. 20º

ed. São Paulo:Cultrix, 1982.

CARVALHO, Marcus Renato de; PROCHNIK, Marta. **Método mãe – canguru de atenção ao prematuro**. Rio de Janeiro: BNDS, 2001, n.1, 96p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 3ª ed. Rio de Janeiro:Positivo, 2004.

FONSECA, Luciana Mara Monti et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. *Ver, Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, V.12, n.1, 2004. disponível em:<http://www.scielo.php?script=sci_arttex&pid=50104-11692004000100010&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em : 21 ago 2007

FREIRE, Tácio de Melo *et al* . Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, 2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032005000700002&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 Ago 2006.

GAMA, Patrícia Rosa; MACEDO, Luciana A.; MARRA, Evonete Maria de O.; SILVA, Vicente. C.; MATOS, Cláudia Lúcia C.; ABDALLAH, Vânia Olivetti S. **Relação entre prematuridade e baixo peso ao nascer com o nível sócio-econômico, tabagismo materno e ingestão de álcool durante a gravidez**. *Horizonte científico*, Uberlândia, v.2, p. 1-13, 2003.

GEORGE, Julia B. *et al* . Madeleine M. Leininger. In:_____. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. cap. 21, p.297-309

HAYDU, Verônica Bender. *Tocar, sentir, amar*. **Tribuna do Vale do Paranapanema**, Rolândia, nº 1177, p. 7, jun. 2005.

LINDNER, Lorene Butkus. **O feto como ser ouvinte**. Porto alegre, 1999.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M. O recém-nascido de risco: Problemas relacionados com a idade gestacional. In:_____. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap. 27, p.775-810.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas**. 3. ed. São Paulo:EPU, 1986

MARTINÉZ, Josefina Gallegos. **Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde de um hospital de San Luís Potosí, México.** Ribeirão Preto, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social, in: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 3ª ed., Petrópolis: Vozes, 1994. 80p, pp 9-29

MITTAG, B.F.; WALL, M.L. Pais com filhos internados na UTI Neonatal – Sentimentos e Percepções. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.6, n.2, p.134-145, mai/ago. 2004. Disponível em: < <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/8068/5686>>. Acesso em: 21 Ago 2007.

MONTEIRO, Fernanda Fróes. **Lutando para viver-A história de um prematuro.** Jequié, 2003.

PAZIAM, Claudia; BARBOSA, Vera Lúcia. Participação dos pais no cuidado ao recém-nascido prematuro segundo a literatura brasileira de enfermagem. **Revista Intensiva**, ano 1, n. 2, ago/set. 2005.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernardette P. Exploração da Pesquisa em Enfermagem. In:_____. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap.1, p. 19-42.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernardette P. Compreensão do Processo de Pesquisa. In:_____. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap.2, p. 43-62.

REICHERT APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 01, p. 200 – 213, 2007. Disponível em :<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em:21 ago 2007.

SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**. São Paulo, p. 107-112, 2001. Disponível em : < www.amebrasil.org.br/html/espirt_evidencias.pdf>. Acesso em: 09 Jan 2008

SANTANA , Joana Angélica Teles. **Reflexões sobre o objeto de pesquisa.** Jequié, 2001

SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan *et al.* Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: As intervenções de Enfermagem no hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, V.11, n.4, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=5010411692003000400018&Ing=en&nrm=iso> Acesso em: 21 Ago 2007.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. (Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila). Recife, SOS Corpo, 1991.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; LEITE, Adriana Moraes; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago 2006.

WHALEY, Lucille F.; WONG, Donna L. **Enfermagem Pediátrica-Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara,1989

WALDOW, Vera Regina. Visão Histórica: evolução Humana e o Cuidado. In: _____ **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998. cap.1, p.17-49.

WALDOW, Vera Regina. Enfermagem e o Cuidado: uma relação. In: _____. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998. cap.2, p.51-72.

WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia M.; MEYER, Dagmar Estermann. Cuidar/Cuidado: O domínio unificador da enfermagem. In:_____. **Maneiras de Cuidar, Maneiras de Ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 1, p.7-30.

ZIEGEL, Erna; Cranley, Necca S. **Enfermagem obstétrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA-Campus 1
CURSO DE ENFERMAGEM – BACHARELADO

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO: CUIDADO DE MÃES COM BEBÊS PREMATUROS.

PESQUISADORA: Mayana Vita de Oliveira CI 0871030101

ORIENTADORA: Prof^a. Joana Angélica Teles Santana

OBJETIVO GERAL:

- Descrever os cuidados realizados pelas mulheres mães de bebês prematuros

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Relatar as facilidades e dificuldades enfrentadas pelas mulheres mães no cuidar do bebê prematuro na unidade hospitalar.
- Identificar os fatores relacionados a prematuridade na ótica das mulheres mães de bebês prematuros internados

Prezada Senhora

Eu, Mayana Vita de Oliveira estou realizando este estudo com o objetivo de descrever os cuidados realizados pelas mulheres mães de bebês prematuros internados em uma unidade hospitalar da rede pública do município de Salvador visando obter dados que contribuam na ampliação do conhecimento sobre os aspectos que envolvem as mulheres mães de crianças prematuras e os cuidados desenvolvidos por elas nesse processo.

A senhora é livre para aceitar participar desta pesquisa, após o conhecimento dos objetivos da mesma, da justificativa do estudo, dos procedimentos a serem utilizados durante a pesquisa. É possível desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma, com exclusão das informações prestadas pela senhora sem que seja submetida a qualquer penalização como também a senhora não terá prejuízo de qualquer espécie. Caso não queira participar, nem a senhora e nem seu filho serão prejudicados e também não terão gasto de qualquer natureza.

Trata-se de uma pesquisa sem risco para o participante, caso aceite, irá responder a uma entrevista semi-estruturada aplicada por mim, de forma que suas respostas serão

gravadas por meio de um gravador. Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os dados da entrevista serão tratados de forma confidencial, sem divulgação da fonte, preservando o anonimato e respeitando seus valores éticos, culturais, religiosos, morais, hábitos e costumes.

Após concordar e assinado este termo de aceite, daremos início à entrevista.

Solicito a autorização para usar as suas respostas no presente estudo para fins de redação, divulgação, publicação em periódicos, meios eletrônicos entre outros como também constituir o relatório do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem.

Desde já agradeço sua atenção e participação. Caso apresente dúvida entrar em contato comigo através do endereço e telefone abaixo.

Mayana Vita de Oliveira – Estudante do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Estrada das Barreiras S/N CAMPUS I, Departamento de Ciências da Vida, matrícula 100110835, E-mail: mayvita2001@yahoo.com.br – Telefone – 3248-2072.

Assinatura da informante

Documento de identificação da informante: _____

Assinatura da Pesquisadora

Data ____/____/____

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA -Campus 1
CURSO DE ENFERMAGEM - BACHARELADO

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

TÍTULO: CUIDADO DE MÃES COM BEBÊS PREMATUROS.

PESQUISADORA: Mayana Vita de Oliveira

ORIENTADORA: Prof^ª. Joana Angélica Teles Santana

OBJETIVO GERAL:

- Descrever os cuidados realizados pelas mulheres mães de bebês prematuros

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Relatar as facilidades e dificuldades enfrentadas pelas mulheres mães no cuidar do bebê prematuro na unidade hospitalar.
- Identificar os fatores relacionados a prematuridade na ótica das mulheres mães de bebês prematuros internados

Número de ordem da entrevista: _____

1. DADOS GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Quantos dias de internação do filho

1.2 Idade da mãe

1.3 Estado civil

1.4 Escolaridade

1.5 Profissão

1.6 Renda familiar

1.7 N° de filhos

2. DADOS ESPECÍFICOS

2.1 Que cuidados você dá ao seu bebê desde que ele nasceu e ficou internado?

2.2 Como é que você cuida do seu bebê? Explique-me

2.3 Quando foi que você começou a cuidar do seu bebê aqui no hospital?

2.4 Por que você resolveu cuidar do seu bebê?

2.5 Quais são as facilidades que você percebe ao cuidar do seu bebê?

2.6 Quais são as principais dificuldades que você enfrenta para cuidar do seu bebê?

2.7 Você recebeu alguma ajuda ou orientação para cuidar de bebê prematuro? Qual? De quem?

2.8 Em sua opinião, que fator