



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM — MESTRADO EM ENFERMAGEM

ISIS VANESSA NAZARETH

**AS DIMENSÕES DA ESTRUTURA CULTURAL E SOCIAL DOS PAIS DE
PREMATUROS EGRESSOS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL**

Rio de Janeiro
Dezembro/ 2013



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM — MESTRADO EM ENFERMAGEM

ISIS VANESSA NAZARETH

**AS DIMENSÕES DA ESTRUTURA CULTURAL E SOCIAL DOS PAIS DE
PREMATUROS EGRESSOS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ines Maria Meneses dos Santos

Rio de Janeiro
Dezembro/ 2013

**AS DIMENSÕES DA ESTRUTURA CULTURAL E SOCIAL DOS PAIS DE PREMATUROS
EGRESSOS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

ISIS VANESSA NAZARETH

Dissertação submetida à Banca Examinadora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovada por:

Prof^ª Dr^ª Inês Maria Meneses dos Santos
Presidente

Prof^ª Dr^ª Rosângela da Silva Santos
1^ª Examinadora Externa
Universidade Estadual do Rio de Janeiro-UERJ

Prof^ª Dr^ª Leila Rangel da Silva
2^ª Examinadora Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof^ª Dr^ª Cristiane Rodrigues da Rocha
Suplente Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof^ª Dr^ª Maria Aparecida de Luca Nascimento
Suplente Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Rio de Janeiro
Dezembro/ 2013

Nazareth, Isis Vanessa.

N335 As dimensões da estrutura cultural e social dos pais de prematuros egressos da unidade de terapia intensiva neonatal/Isis Vanessa

Nazareth, 2013.

112f. : 30 cm

Orientadora: Inês Maria Meneses dos Santos.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

1. Enfermagem neonatal. 2. Enfermagem transcultural.

3. Desenvolvimento infantil. 4. Prematuros. 5. Saúde da criança.

I. Santos, Inês Maria Meneses dos. II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de

Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 618.92011

AGRADECIMENTOS

- ✓ A **Deus** por Ele ter sido meu melhor professor e ter se manifestado na minha vida a cada momento deste estudo.
- ✓ A minha mãe **Agenilda** por ter me proporcionado a vida; por ser meu exemplo de superação e sempre me incentivar nos momentos que eu achava que não ia conseguir.
- ✓ Ao meu pai **Washington** por ser meu *direcionador* nesta vida; pelo incentivo desde sempre ao caminho do saber e da leitura, mostrando que o conhecimento é a maior riqueza que podemos ter.
- ✓ Ao tio **Fernando** que me acolheu como uma filha no Rio de Janeiro. Obrigada pelas conversas nos fim de tardes que tanto aliviavam o meu cansaço depois de um dia de estudo.
- ✓ Ao **Rodrigo** que ao longo deste estudo me deu coragem sempre que precisei, mesmo em meio às incertezas, sempre atencioso e carinhoso para as minhas flutuantes emoções. Obrigada pelo incentivo nas pesquisas acadêmicas: seu companheirismo e dedicação foram fundamentais em meio à exigência de solidão que este estudo me requereu. Você me faz uma pessoa melhor a cada dia.
- ✓ A amiga **Ester**, sempre me ensinando que não dá para saber sozinho. Acho que não haveria pessoa melhor para saber comigo! Obrigada por sempre estar disponível para ler as primeiras provas deste trabalho e minhas reflexões, reclamações, e outras coisas nas intermináveis trocas de emails. Você é fundamental.
- ✓ A amiga **Cristina Mattara** que, mesmo com poucos encontros, se tornou uma parceira no mestrado. Obrigada por compartilhar comigo sua garra e sede insaciável de aprender.
- ✓ Às Professoras **Rosângela Santos, Leila Rangel, Cristiane Rocha** pelas valiosas observações e contribuições durante o exame de Qualificação.
- ✓ Às **mulheres**, participantes deste estudo, que com suas singulares histórias de vida me inspiraram nesta busca, compartilharam suas angústias, incertezas, alegrias e sonhos, a todas minha estima e admiração.
- ✓ Agradeço a todos os **professores** do mestrado, que contribuíram para um aprendizado significativo em pesquisa científica.

- ✓ Ao programa de Bolsas da **CAPES**, pelo apoio financeiro que me possibilitou a dedicação integral à pesquisa e integração acadêmica.

Orientadora

Professora Doutora Inês Maria Meneses do Santos

“O mestre que caminha a sombra do templo rodeado de discípulos, não dá de sua sabedoria, mas sim de sua fé e ternura. Se ele for verdadeiramente sábio, não nos convidará a entrar na mansão do seu saber, mas antes nos conduzirá ao limiar da nossa própria mente” (Khalil Gibran)

Obrigada por me conduzir de forma sábia durante todo o período do mestrado – de forma acolhedora em todos os sentidos, cercando-me de cuidados e zelo.

Sinto-me orgulhosa e privilegiada de ter construído amizade e confiança com uma pessoa tão competente e ao mesmo tempo humana e sensível– a ponto de ter me permitido fazer trocas de sandálias. Foi importante no *nosso* caminhar calçar as suas sandálias e ver que calçou as minhas! **O-B-R-I-G-A-D-A.**

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
CAPÍTULO 1	1
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	1
1.1- MOTIVAÇÃO DO ESTUDO.....	1
1.2- JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	4
1.3 - CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO	6
CAPÍTULO 2	7
REFERÊNCIAS CONCEITUAIS	7
2.1- O ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO BRASIL	7
CAPÍTULO 3	12
REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO	12
3.1- TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER	12
3.2- NATUREZA DO ESTUDO.....	15
3.3- CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO	16
3.4- QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA.....	17
3.5- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	17
3.6- COLETA DE DADOS	18
3.7- OS PARTICIPANTES	24
3.8- ANÁLISE DOS DADOS.....	28
CAPÍTULO 5	34
ANÁLISE DOS DADOS	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	107

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo baseado na Etnoenfermagem. Tem por objeto de estudo: Os fatores culturais e sociais paternos e a criança nascida prematura. Tem como questão norteadora: Quais os fatores culturais e sociais dos pais de filhos egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?. O objetivo delineado é: Identificar e analisar os fatores culturais e sociais dos pais de filhos prematuros egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O cenário de estudo foi o ambulatório de pediatria de um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro. O estudo foi aprovado pelo CEP-UNIRIO através do parecer nº 109.934. A coleta de dados ocorreu através de questionário sócio-econômico-cultural; da Observação-Participação-Reflexão; de instrumento de coleta de dados do prontuário da criança; e por meio da técnica Narrativa de Vida de mães de crianças com até dois anos de idade egressas de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Através do procedimento analítico da Etnoenfermagem encontrou-se uma categoria analítica: “As Dimensões da Estrutura Cultural e Social de Pais de Prematuros: Da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ao Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil no Domicílio” e duas subcategorias analíticas: “Da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ao domicílio: O enfrentamento de maternar pré-termo” e “A Estrutura Sociocultural dos pais e o Desenvolvimento Infantil do Egresso de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”. Demonstrou-se que os pais de nascidos prematuros constituem um grupo cultural que compartilha valores e significados desenvolvidos por meio de interações sociais. Os dados e situações levantados devem vir a ser usados na promoção de uma assistência mais articulada, culturalmente pertinente e que respeite o saber popular dos pais que ao saírem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com seus filhos precisam cuidar no domicílio para que eles desenvolvam-se enquanto crianças saudáveis. O estudo aqui apresentado levou-me a constatar também que as mães possuem muitas dúvidas em relação ao cuidado e sobre o desenvolvimento infantil de seus filhos, demonstrando a importância da continuidade de acompanhamento destas mães e de seus bebês por parte de equipe multiprofissional ao longo dos primeiros meses em casa. No entanto, resalto a relevância de adentrar no contexto cultural e social do ambiente de cada criança para que a avaliação e acompanhamento do desenvolvimento infantil seja realmente efetivo e significativo. Palavras-Chaves: Enfermagem neonatal; enfermagem transcultural; desenvolvimento infantil; prematuridade; saúde da criança.

ABSTRACT

This is a descriptive, qualitative study based on ethnonursing. Its object of study: The paternal cultural and social factors and the child born premature. Its guiding question: What are the cultural and social factors of the parents of children discharged from the Neonatal Intensive Care Unit? The goal is outlined: Identify and analyze the cultural and social factors of the parents of preterm infants discharged children of Neonatal Intensive Care Unit. The study setting was the outpatient pediatric clinic of a university hospital in the city of Rio de Janeiro. The study was approved by CEP- UNIRIO by opinion n° 109.934. Data collection occurred through socio- economic-cultural questionnaire, Observation - Participation - Reflection; instrument for data collection from medical records of the child, and through the Narrative of the Life of mothers of children with technique until two years of age grads of Neonatal Intensive Care Unit. Through the analytical procedure ethnonursing found an analytical category: "The Dimensions of Cultural and Social Structure of Parents of Premies: The Neonatal Intensive Care Unit to the Monitoring Child Development in Living" analytical and two subcategories: "From Therapy Unit Neonatal intensive doorstep: facing maternar preterm" and "The Sociocultural Structure of parents and the Child Development Unit of Egress Neonatal Intensive Care". It has been shown that parents of preterm infants are a cultural group that shares values and meanings developed through social interactions. The data collected and situations are likely to be used in promoting a more coordinated care, culturally relevant and respectful popular knowledge of parents to leave the Neonatal Intensive Care Unit with their children need care at home for them to develop themselves while healthy children . The study presented here has led me to realize also that mothers have many questions about the care and on children's development of their children, demonstrating the importance of continued monitoring of these mothers and their babies by multidisciplinary team over the first months at home. However, I emphasize the importance of entering the cultural and social context of each child for the evaluation and monitoring of child development to be truly effective and meaningful environment. Keywords: neonatal nursing, transcultural nursing, child development, prematurity, infant health.

CAPÍTULO 1

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1- MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo tem por temática o desenvolvimento infantil, cujo interesse advém da minha graduação quando desenvolvi um estudo como bolsista de iniciação científica que versou sobre os riscos para o desenvolvimento infantil no contexto amazônico, cujos dados foram discutidos à luz dos conceitos da Atenção Integral as Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI (NAZARETH, SANTOS, GONÇALVES, SOUZA, 2009). Os resultados foram apresentados em trabalho de conclusão de curso de graduação e licenciatura em Enfermagem na Universidade Federal do Pará, em 2009.

O desdobramento deste estudo, realizado em Belém do Pará, trouxe uma aproximação e compreensão dos aspectos sociais e culturais envolvidos nas práticas materna à criança no que tange ao seu desenvolvimento. Neste momento consegui estabelecer as devidas relações entre enfermagem e cultura, entendendo que o exercício da enfermagem se define como "uma profissão focada no fenômeno, nas atividades do cuidado e comportamento humano e suas variações determinadas pelo processo cultural" (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Cultura é conceituada como "os valores, crenças, normas e modos de vida de determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada e frequentemente entre gerações" (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

A partir de então é possível concluir que o desenvolvimento infantil é também fenômeno cultural, pois as crianças crescem imersas em contexto familiar e social repleto de expectativas, crenças, valores e metas. Para Leininger e McFarland, (2006) a estrutura familiar, o preparo e a organização do ambiente, que o adulto oferece para a criança, estabelecem limites e possibilidades para seu desenvolvimento

O desenvolvimento infantil do nascido prematuro¹ egresso da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) deve ser acompanhado de forma especial, pois longe de se constituir criança em miniatura, o prematuro possui características inerentes à transição da vida intra-uterina para extra-uterina, tanto em termos biológicos, como em aspectos sócio-culturais, sendo necessário o estabelecimento de condutas dirigidas aos processos patológicos presentes e condutas preventivas para melhoria da qualidade de vida pós-internação (BRASIL, 2002; KAKEHASHI,1996).Segundo dados do Banco de

dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2011), no município do Rio de Janeiro em 2010 aproximadamente 10% dos partos foram prematuros, e apesar disso, constata-se escassez de informações no que diz respeito à qualidade de vida da criança prematura ao longo da sua trajetória de desenvolvimento, dificultando o planejamento de ações efetivas com o objetivo de evitar ou minimizar os agravos à saúde decorrente da prematuridade (LINHARES, VIEIRA, 2011).

A preocupação também está no prognóstico em longo prazo devido à prematuridade, o tratamento neonatal e o tempo de internação podem ter como consequências crianças com sequelas importantes no que diz respeito ao seu desenvolvimento, crescimento e interação familiar (SCHMIDT, BESSA, RODRIGUES, ARENAS, CORRÊA, HIGARASHI, CORRÊA, HIGARASHI, 2011).

A interação familiar aliada à diversidade das dimensões sociais e culturais em que a criança vive tem sido relacionada a resultados de desenvolvimento infantil diferenciados, pois o desenvolvimento do nascido prematuro pode sofrer influência da experiência de vida materna, sua percepção sobre o seu filho, suas emoções frente à dor e a doença, e a maneira como esta mulher, que se torna mãe, foi acompanhada no período de internação e preparada para a alta (TRONCHIN, 2005).

Em lugares onde o atendimento de *follow-up* para prematuros ainda é precário ou não existem, percebe-se que na maioria das vezes a abordagem familiar da criança egressa de UTIN ainda hoje, é feita por inúmeras assertivas sobre "o que pode", "o que não pode", o prognóstico do bebê e nada mais. Pouco acompanhamento lhe é possibilitado ou minimamente perguntado se tem alguma dúvida. Muitas vezes não lhe é dada voz na busca de evidenciar suas reais necessidades e dificuldades, podendo gerar pais inseguros e que na maioria das vezes não encontram o apoio e a segurança de que necessitam (TRONCHIN, 2005).

Não por acaso que Bordin (2005) descreve que em crianças nascidas prematuras existe maior incidência de abandonos, espancamentos, abusos e ocorrência da síndrome *failure to thrive*, na qual, sem causa orgânica aparente, o neonato não ganha peso e não se desenvolve.

Por outro lado, Bernardo (2012) salienta que as incertezas maternas enfrentadas na situação da prematuridade podem determinar comportamento superprotetor. Ao perceber o corpo da criança prematura como delicado, frágil e sutil pelo tamanho, as mães podem concentrar-se mais nas deficiências e vulnerabilidades do que nos recursos

positivos presentes, começando a superprotegê-lo, impedindo a autonomia e maturidade, essenciais ao desenvolvimento infantil.

O fato é que a criança nascida prematura ao receber alta da UTIN poderá suscitar desequilíbrio e insegurança para a mulher. Para Resegue, Puccini e Silva (2007) a presença do nascido prematuro no domicílio pode suscitar rol de dúvidas e sentimentos conflituosos (rejeição, medo, culpa) todos geradores de intenso sofrimento psíquico, refletindo na maneira como a mãe interage emocionalmente, participa, estimula e acompanha o desenvolvimento desta criança.

Embora evidente que as práticas maternas permeiam e influenciam o desenvolvimento tanto de crianças saudáveis como das crianças com alterações biológicas, pouco se conhece sobre suas especificidades (práticas tipicamente empregadas no cuidado com as crianças) e suas influências. Quando a vida da criança prossegue no domicílio pouco se conhece acerca da realidade da família que irá cuidar dela, seus hábitos, costumes, condições socioeconômicas e de moradia. Tampouco se sabe sobre as habilidades cognitivas das mães e como elas prestarão assistência a essas crianças (BRUM, SHERMANN, 2005).

Considerando que as mães de nascidos prematuros constituem grupo cultural que compartilha conhecimentos, valores, símbolos e significados desenvolvidos por meio de interações sociais, a presente investigação tem como objeto de estudo: "Os fatores culturais e sociais paternos e a criança nascida prematura".

Para dar direcionamento ao estudo propõem-se a seguinte questão norteadora:

- Quais os fatores culturais e sociais dos pais de filhos egressos de UTIN?

Tendo em vista este questionamento acerca dos fatores culturais e sociais paternos e a criança nascida prematura, é proposto o seguinte objetivo:

- Identificar e analisar os fatores culturais e sociais dos pais de filhos prematuros egressos de UTIN.

Este estudo faz parte do Projeto de Pesquisa "Perspectivas atuais da assistência de enfermagem perinatal brasileira: reflexões acerca do cuidado de enfermagem" e também integra o Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança - NuPEEMC, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

1.2- JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Apesar de ser temática relevante, os estudos realizados e publicados abordando o desenvolvimento infantil e o nascimento prematuro são escassos. Revisão sistemática da literatura sobre o desenvolvimento infantil de nascidos prematuros, realizada na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) no período de 2005 a 2010, encontrou 38 artigos, 35 foram publicados no idioma inglês e três em português, na íntegra, a partir da relação entre os descritores: *Infant, Premature OR Premature Birth AND Child Development OR Developmental Disabilities OR Outcome Assessment (Health Care) OR Developmental Outcomes OR Neurodevelopmental Outcomes OR Quality of Life* (VIEIRA, LINHARES, 2011).

Com este estudo de revisão integrativa percebe-se que dentre as publicações analisadas, apesar de abordarem inúmeros assuntos, foram pautados em delineamentos quantitativos, cuja relevância é inquestionável, mas aponta para lacuna quanto aos estudos voltados para os aspectos sociais e culturais, principalmente envolvendo o desenvolvimento infantil, tendo em vista que o ambiente em que a criança é inserida após a alta da UTIN é permeado de cultura/conhecimento popular muitas vezes não valorizado.

Além disso, constatou-se que a temática “prematuridade” e “desenvolvimento infantil” é significativamente explorado pela área médica, provocando hiato de conhecimentos científicos voltados para a prática da Enfermagem no que tange ao acompanhamento do desenvolvimento infantil de nascidos prematuros egressos de UTIN.

Desta forma, torna-se importante realizar pesquisa sobre o desenvolvimento infantil envolvendo os fatores culturais e sociais de mães de nascidos prematuros egressos da UTIN levando em consideração as diversas dimensões culturais e sociais (educacional, econômica, política, cultural, religiosa, filosófica e tecnológica) relacionando-as a elementos da dinâmica do contexto do desenvolvimento infantil, entendendo os aspectos do comportamento (práticas maternas) e as representações (dimensões culturais e sociais) como inseparáveis deste fenômeno. Para Leininger e McFarland (2006) somente assim seria possível ao enfermeiro compreender as representações e práticas do cuidado de determinada cultura, contribuindo para a formulação de cuidado culturalmente congruente.

As mães de crianças nascidas prematuras egressas de UTIN formam grupo cultural que deve ser valorizado, pois possuem experiências particulares que dão significado as expressões humanas, interpretações e interações sociais refletindo na maneira como ela enfrenta a dificuldade de ter filho prematuro egresso da UTIN no domicílio. Muitas vezes as mães se vêem roubadas da euforia em que se encontravam durante o período gestacional e mergulham em ambiente de preocupação, sentindo-se ansiosas e cansadas (TRONCHIN, 2005).

Seidl de Moura (2005) afirma que as mães têm ideias sobre os cuidados com os filhos quando eles ainda estão intra-útero, e estão explícitas na maneira como imaginam direcionar a criação deles, controlar o comportamento e influenciar para bom futuro. A prematuridade é fator complicador no desdobramento dessa prática, como citado por Moraes, Quirino e Almeida (2009), pois na maioria dos casos as relações emocionais do binômio mãe-filho estão prejudicadas, devido o longo período de internação e a perda, pela mulher, da criança idealizada.

Este sentimento de perda, segundo Brum e Schermann (2007) pode resultar na falta de estímulos maternos ofertados à criança, que possivelmente levará a atrasos do desenvolvimento neuromotor e sensitivo, colocando em questão a morbidade de crianças nascidas prematuras quando não acompanhadas precocemente.

No que diz respeito à saúde da criança o enfermeiro tem conhecimentos suficientes para acompanhar, avaliar e estimular o desenvolvimento infantil. Sua formação holística permite reconhecer os pais como os primeiros prestadores de cuidados, fator de promoção da saúde e de prevenção de doenças, facultando a eles os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental nessas situações (FIGUEIRAS, SOUZA, RIOS BENGUIGUI, 2005).

Diante desta perspectiva, Santos (2009) enfatiza a importância de iniciar o acompanhamento desde o período de internação do prematuro, preparando a mãe e a família, reduzindo a ansiedade, aumentando a autoconfiança nas práticas com a criança, objetivando a adaptação no ambiente domiciliar. A autora enfatiza que é fundamental respeitar a disposição materna; dar tempo e espaço para que aprenda a trabalhar suas emoções e ajudá-la a perceber sua capacidade de cuidar do seu filho, respeitando sempre o contexto cultural dessa mulher.

Assim, os fatores culturais aparecem sempre como componente essencial no contexto de desenvolvimento infantil, modelando o comportamento das mães e filhos, não sendo possível separar as práticas maternas e fatores culturais, visto que estes

permeiam todas as experiências da vida diária materna com seu filho junto do grupo no qual estão inseridos (SEILD DE MOURA, 2005).

1.3 - CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO

O estudo contribuirá para a assistência, ensino, pesquisa e extensão, oferecendo subsídios para melhorar as condições e a qualidade da assistência oferecida para o acompanhamento do desenvolvimento infantil dos nascidos prematuros egressos de UTIN.

Na assistência, o estudo oferecerá subsídios aos profissionais de saúde, em especial da área neonatal. A finalidade é possibilitar o entendimento da dificuldade de comunicação observada entre a cultura milenar e o sistema de saúde, onde é observado muitas vezes o 'choque cultural' em que sentimentos de impotência, desconforto e condição de desorientação é experimentada por estranho que tenta compreender ou adaptar-se efetivamente a grupo cultural diferente por causa das diferenças de costumes, valores e crenças culturais (LEININGER & MCFARLAND, 2002).

No tocante ao ensino, o estudo contribuirá para que docentes da área da saúde da criança verifiquem as formas de abordagens de conteúdos de maneira simplificada e adaptada ao cotidiano local, respeitando as características culturais das mães de egressos de UTIN e permitindo práticas pedagógicas que ajudem à fixação do principal objeto do aprendizado, ou seja, a realização do acompanhamento do desenvolvimento infantil.

A pesquisa poderá ainda, estimular outros profissionais da área a realizarem trabalhos relacionados ao tema, contribuindo para fortalecimento dessa linha de pesquisa e, futuramente, para a adequação de modelo assistencial baseado na realidade cultural brasileira.

Este estudo contribuirá para que os gestores de saúde percebam a importância de melhorar o acompanhamento dessas crianças nascidas prematuras egressas de UTIN no que tange ao seu desenvolvimento, ajudando na sua qualidade de vida futura.

Na área da extensão, a pesquisa poderá contribuir para promover treinamentos, reciclagens, acompanhamento e supervisão das atividades desenvolvidas incentivando um cuidado culturalmente congruente para a mãe, criança e família.

Esse estudo de abordagem qualitativa contribuirá também para a produção de conhecimento na área materno-infantil, notadamente para a Enfermagem Neonatal, permitindo prática mais reflexiva e abrangente para o Ensino de Graduação e Pós-Graduação *Latu e Scrito sensu*.

CAPÍTULO 2

REFERÊNCIAS CONCEITUAIS

2.1- O ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO BRASIL

Nas últimas décadas, o interesse pelo desenvolvimento infantil tem crescido no Brasil como resultado do aumento constante da sobrevivência infantil e do reconhecimento de que a prevenção de problemas ou de patologias nesse período exerce efeitos positivos quando avaliados em longo prazo (VICTÓRIA, BARROS, 2005).

Os estudos que valorizam o desenvolvimento infantil datam do início do século XX, há de se fazer referência a dois cientistas que revolucionaram a visão da sociedade com relação à infância e aos indivíduos, Sigmund Freud e Jean Piaget (SANTOS, SANTOS, 2003).

Apesar de ter pesquisado pouco a criança, visto que sua teoria se baseou na análise de pacientes adultos, Freud contribuiu para o entendimento do desenvolvimento psicológico e afetivo infantil (SANTOS, SANTOS, 2003).

No início da década de 1980, a *United Nations Children's Fund* (UNICEF), juntamente com a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Revolução pela Sobrevivência e Desenvolvimento da Criança (*CSDR/Child Survival & Development Revolution*), documento que, embora se referisse ao tema como dos seus componentes, limitava-se à avaliação do crescimento com o objetivo de diagnosticar o estado nutricional. Essa proposta foi aceita com entusiasmo pelos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, que na época convivia com taxas de mortalidade infantil consideravelmente elevada, decorrentes de alta prevalência de doenças infecciosas, associada à desnutrição (VICTÓRIA, BARROS, 2005).

Em 1984, foi publicado pelo Ministério da Saúde, manuais sobre atenção básica à criança de 0 a 5 anos. A importância da vigilância do desenvolvimento foi tratada com menor destaque, mas a publicação incluía ficha com alguns dos principais marcos do desenvolvimento e instrução sobre como lidar com a situação diante de atrasos ou suspeitas de problemas do desenvolvimento. Posteriormente, alguns desses marcos foram incluídos no Cartão da Criança (BRASIL, 2002).

Apesar de ter sido proposta tímida, teve o mérito de trazer para dentro da rede básica de saúde questões relacionada com a promoção da saúde da criança, até então realizada apenas em ambulatórios de serviços mais complexos, como hospitais

universitários ou serviços especializados, por médicos ou estudantes de medicina que geralmente utilizavam abordagem conceitual mais neurológica. A proposta já enfatizava a importância do acompanhamento do desenvolvimento ser eixo central da atenção à criança, identificando os grupos de maior risco para intervenções apropriadas, com o intuito de efetivamente diminuir a morbimortalidade infantil (BRASIL, 2002).

Uma das formas de realizar o acompanhamento do desenvolvimento infantil é através da Consulta de Enfermagem, procedimento privativo do enfermeiro, garantido pela Lei do Exercício Profissional 7498/86 (ABEn, 1987). Esta atuação para a saúde da criança torna-se importante visto que a criança pode crescer, mas não desenvolver-se (MARCONDES, 2003)

Por isto o desenvolvimento da criança nos seus diferentes aspectos (intelectual, emocional, físico e social) tem sido amplamente estudado na Psicologia do Desenvolvimento. Como afirma Baldwin (1980) esta ciência relaciona as transformações do sujeito com a sua própria maturação (fisiológica, neurológica, psicológica), levando ao surgimento de comportamentos durante a infância, a adolescência e a idade adulta.

A evolução da libido infantil descrita por Freud (1982) pode ser apresentada da seguinte forma: no primeiro ano de vida, a libido está concentrada na zona oral do organismo, nos prazeres da sucção e de alimentação. Esta é a fase oral. No segundo ano aparece a fase anal, onde a zona libídica é a região anal. Nesta a criança obtém grande prazer em tudo o que se relacione à expulsão ou retenção de fezes e, eventualmente sua manipulação. No período dos três aos sete anos, o interesse infantil concentra-se na região genital, caracterizando a fase genital, onde existe manipulação, exibicionismo e intensa curiosidade em relação aos genitais de ambos os sexos. Na idade escolar a criança entra na fase de latência, quando há repressão e inibição dos impulsos libidinais. Esta fase perdura até a puberdade, quando aparecerá a libido em sua forma já adulta de prazer ligado a funções sexuais. Freud lembra que traumas psíquicos em qualquer destas fases poderão criar a fixação da libido em uma delas, ou então, a regressão a alguma fase já superada.

No entanto Piaget preocupou-se com vários aspectos do conhecimento, dando ênfase ao estudo da natureza do desenvolvimento de todo o conhecimento e, principalmente, do desenvolvimento intelectual da criança (SANTOS, SANTOS, 2003).

Para Piaget existe na inteligência componente hereditário que de alguma maneira explicaria os progressos da inteligência sensório-motora, mas não significa

herança das estruturas de conhecimento nem das formas ou mecanismos do seu funcionamento, mas sim herança de estruturas biológicas, que em contato com o meio ambiente, amadurecem e predispõem ao surgimento de certas estruturas mentais-cognitivas.

Outro cientista que investigou sistematicamente o desenvolvimento infantil foi Arnold Gesell (1999), que determinou as tendências médias etárias do desenvolvimento do comportamento. Nesta, a conduta da criança compreende todas as suas reações reflexas, voluntárias, espontâneas ou apreendidas. O corpo cresce e a conduta evolui à medida que o sistema nervoso se modifica pelo crescimento; a conduta se diferencia, torna-se mais complexa, sofre ações ambientais. Isto constitui o desenvolvimento e se faz não de maneira arbitrária, mas de acordo com plano contido no potencial genético de cada criança e sempre seguindo as mesmas etapas.

Na descrição do comportamento, Gesell (1999) distinguiu quatro áreas: O comportamento motor (postura, preensão e conjuntos posturais); o comportamento adaptador (capacidade de apreender elementos significativos de determinada situação e de utilizar a experiência presente e passada na adaptação de novas situações); o comportamento da linguagem (todas as formas de comunicação e compreensão por gestos, sons, palavras); o comportamento sociopessoal (reações individuais às outras pessoas e à cultura social).

Marcondes (2003) descreve que o desenvolvimento neuropsicomotor proposto por Gesell, no primeiro ano de vida. No primeiro trimestre, a criança consegue controlar os músculos oculares, de olhar vago, não focalizado em algum ponto ao nascer, chega a acompanhar objeto em movimento num arco de círculo de 180°. A boca é a sua principal zona de experimentação aquisição de conhecimentos (noção de temperatura, sabor, consistência, volume). Os ruídos são estímulos mais bem respondidos. Criam-se os primeiros hábitos e se instalam horários com a disciplina do sono e alimentação.

No segundo trimestre, ainda predomina a boca como fonte de prazer e de aprendizado prático. A criança consegue o controle da musculatura cervical, e, colocada sentada, pode virar a cabeça, aumentando sua possibilidade de aprendizado visual. Percebe cores, movimentos, adquire as primeiras noções de forma. Faz imitações. Aparece o sorriso social. Começa o controle dos braços (GESELL, 1999).

A criança no segundo semestre, com controle da musculatura do tronco, mantém-se sentada, o que alarga seu campo de observação. Seu próprio corpo é explorado de diversos ângulos e começa a se formar uma primeira noção de esquema

corporal. Amadurece o controle das formas, mãos, da coordenação oculomanual, a preensão torna-se cada vez mais fina e delicada, passando de digitopalmar até a pinça de índice e polegar. No fim deste período, aparece o controle da musculatura de pernas e pés, permitindo que a criança engatinhe e fique de pé com auxílio. Na evolução da linguagem, são pronunciadas as primeiras palavras e a criança aumenta seu contato com o ambiente (GESELL, 1999).

No entanto o desenvolvimento da criança é produto de interrelação complexa entre fatores hereditários e o meio ambiente. Sem o estímulo exterior, sem as interações sociais, a humanização não ocorre e a inteligência não se forma (FIGUEIRAS, SOUZA, BENGUIGUI, 2005)

O meio ambiente, após o nascimento, apresenta fantástica e contínua variabilidade, que obriga o indivíduo a constante adaptação fisiológica, sobretudo em relação à nutrição, à atividade física, às alterações climáticas e ambientais de ordem física e aos estímulos biopsicossociais (MARCONDES, 2003).

Deste modo, os fatores que contribuem para a qualidade da sobrevivência e do ambiente nos primeiros anos de vida passaram a ser denominados de fatores de alto risco. Como explicam Haeussler e Rodriguez (1979), esses fatores estiveram, inicialmente, estreitamente ligados a condições de índole biológica, porém pouco se impôs utilizá-los para referir-se também àquelas crianças que, por condições ambientais, familiares, sociais e culturais a que estavam expostas, eram suscetíveis a apresentar atrasos em seu desenvolvimento psíquico. Nasceu então o conceito de alto risco ambiental para designar esta última categoria de crianças. A primeira se designou como alto risco biológico estabelecido.

Os programas de estimulação para crianças com alto risco ambiental segundo Haeussler e Rodriguez (1979), são destinados a prevenir retardos no desenvolvimento psíquico de crianças submetidas à influência desfavorável do meio ambiente em que vivem, e se dirigem essas crianças após o nascimento.

O relacionamento da criança com o seu ambiente têm importância que transcende à vida adulta, tendo em vista a característica ímpar dos seres vivos jovens, o crescer e o desenvolver, a partir de ponto de vulnerabilidade máxima, decrescente ao longo do processo de crescimento, mas relevante por muitos anos. Quanto mais jovem a criança, mais dependente do ambiente (SANTOS, SANTOS, 2003).

Na criação e educação da criança, é impossível considerá-la desvinculada de sua família em geral e de sua mãe em particular. Marcondes (2003) afirma que a

importância da mãe na vida da criança é de tal magnitude que a conceitua como fator genético, enfatizando a influência dos traços constitucionais da mãe sobre a formação da personalidade do filho, bem como as características metabólicas do organismo da mãe capazes de influir no crescimento fetal. Este autor também lembra, a propósito, da existência da verdadeira interface entre a herança e o ambiente é o modo de vida, o ponto de encontro de muitos traços herdados com muitas características ambientais.

Então a possibilidade temporal e intelectual do profissional de saúde em assumir o estudo de grande número de variáveis ambientais na sua atividade cotidiana o obrigam a uma delimitação de sua competência e responsabilidade. Marcondes (2003) sugere que ele restrinja sua preocupação e atuação aos principais fatores ambientais.

CAPÍTULO 3

REFERÊNCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

3.1- TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER

Utilizada para embasar este estudo, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, criada pela enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger, teve início na década de 1950, após a II Guerra Mundial, nos Estados Unidos.

Neste contexto a alta tecnologia penetrava no ambiente hospitalar, e de acordo com Leininger (1991), a maioria das enfermeiras estava focando sua atenção nesta nova tecnologia e interessadas nas explicações biológicas do cuidado.

Foi quando Leininger trabalhou num centro de orientação infantil, com crianças que tinham distúrbios mentais e de diversas origens culturais, que ela viu as diferenças no cuidado cultural às crianças africanas, alemãs, judias e outras (LEININGER & McFARLAND, 2006). A partir disso, nos anos 1960, Leininger, que ainda não tinha conhecimento aprofundado sobre as culturas, decidiu seguir programa acadêmico de doutorado em Antropologia Cultural.

Dessa forma, a teórica selecionou e utilizou constructos da Antropologia e de cuidado próprio da Enfermagem para fundamentar sua teoria. Na versão da autora, ambos estão contidos em si e forma o todo irreduzível que representa orientação humanística da vida e do viver. Assim sendo, o cuidado é culturalmente constituído, cada cultura tem sua forma, seus padrões, suas expressões e estruturas para conhecer, explicar e prever o estado de bem-estar, saúde ou doença (LEININGER & MCFARLAND, 2006)

Segundo Uchôa e Vidal (1994, p.497), a contribuição da Antropologia é extremamente importante, pois torna “possível uma perspectiva crítica frente às nossas ‘verdades’ mais fundamentais e favorece a construção de paradigma para a abordagem da saúde e da doença”.

Para Leininger, trazer a cultura e o cuidado juntos, em relacionamento novo conceitual e teórico, foi seu maior desafio. Assim, ao identificar a cultura e o cuidado como dimensões principais que faltavam na enfermagem e nos serviços de cuidado à saúde, ela elaborou e publicou a Teoria do Cuidado Cultural, em 1991, constatando que as crenças no cuidado, valores e práticas foram previstos como meios explanatórios, poderosos, não só para descobrir e compreender a saúde, como também para explicar a

falta de saúde ou prever as condições de doença (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Segundo Leininger (1991), o objetivo da Enfermagem Transcultural vai além da apreciação de culturas diferentes. Visa tornar o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasada, conceituada, planejada e operacionalizada. A crença de que a maioria das culturas pode determinar o tipo de cuidado desejado na qual a teoria é fundamentada, é direcionada para os consumidores dos serviços de saúde e busca compreender sua perspectiva, sua visão de mundo, seu conhecimento e suas práticas como base para decisões e ações assistenciais.

A finalidade da Teoria foi descobrir as Diversidades e Universalidades do ser humano, no contexto mundial, e os meios de prover o cuidado culturalmente coerente às pessoas de culturas diferentes (diversidade) ou semelhantes (universalidade). O propósito é manter o bem-estar (saúde), ou enfrentar a doença de modo culturalmente apropriado, tendo em vista que a saúde é o estado percebido ou cognitivo de bem-estar, que capacita o indivíduo ou o grupo a efetuar as atividades segundo os padrões desejados em determinada cultura (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Esta teoria apresenta pressupostos que dão apoio à sua previsão de que culturas diferentes percebem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas existentes. Faz também referências aos elementos comuns, como universalidade, e às diferenças, como diversidade.

Um pressuposto relacionado à cultura é o de que os seres humanos são seres culturais e capazes de sobreviver ao passar do tempo, através de sua capacidade de prestar cuidado aos outros, de todas as idades, em vários ambientes e de muitas maneiras. Valores culturais derivam-se da cultura e identificam maneiras desejáveis de ação e conhecimento. Esses valores culturais são, comumente, mantidos pela cultura, por longos períodos de tempo, e servem para orientar a tomada de decisões dos membros da cultura (LEININGER & MCFARLAND, 2006 p.13).

Diversidade cultural de cuidado indica

“a variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que são culturalmente originários dos homens para seu bem estar ou para aperfeiçoar uma condição ou modo de vida dos homens, ou para enfrentar a morte” (LEININGER & MCFARLAND, 2006, p.16).

Diferentemente, a universalidade cultural de cuidado refere-se a

“significado, padrões, valores ou símbolos de cuidados comum, semelhantes ou uniformes, culturalmente originários dos homens, para seu bem-estar ou para aperfeiçoar a condição e o modo de vida dos homens ou para enfrentar a morte” (LEININGER & MCFARLAND, 2006, p.16).

Cuidado cultural é definido como

“os valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidos, que auxiliam, facilitam, sustentam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte” (LEININGER & MCFARLAND, 2006, p.15)

O pressuposto relacionado é que o cuidado cultural é

“meio holístico mais amplo para conhecer, explicar, interpretar e prever o fenômeno do atendimento de enfermagem visando orientar as práticas de cuidados de enfermagem” (LEININGER & MCFARLAND, 2006, p15).

Visão de mundo é a maneira pela qual as pessoas olham o mundo ou o universo, e formam o “quadro ou atitude de valor” acerca do mundo e de suas vidas (LEININGER & MCFARLAND, 2006, p.15).

As dimensões culturais e as estruturas sociais envolvem

“a natureza dinâmica dos fatores estruturais ou organizacionais inter-relacionados de uma determinada cultura (subcultura ou sociedade), e a maneira como funcionam esses fatores para dar sentido e ordem cultural, incluindo fatores religiosos, de parentesco, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais” (LEININGER & MCFARLAND, 2006, p.14).

Contexto ambiental é

“a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência particular que confere sentido às expressões humanas, incluindo interações sociais, dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais” (LEININGER & MCFARLAND, 2006, p.15).

À luz destes conceitos, as autoras Leininger & McFarland (2006) fazem distinção entre dois sistemas de saúde existentes na sociedade para suprir as diferenças e semelhanças entre o cuidado profissional e o popular. Um deles se refere aos sistemas de cuidados populares de saúde, também chamado de *emic*, ele é obtido por meio da experiência direta daqueles que experimentam e percebem o seu mundo vivido. É a visão sob a ótica dos que vivem a cultura e é centralizado na pessoa. Refere-se aos conhecimentos e habilidades tradicionais, populares (com base doméstica), culturalmente aprendidos e transmitidos, usados para proporcionar atos assistenciais, apoiadores, capacitadores ou facilitadores por ou para outro indivíduo, grupo ou instituição com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar o modo de vida humano, a condição de saúde (ou bem-estar) ou para lidar com situações de deficiência ou morte (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

O outro sistema, definido como sistema de cuidado profissional, é também chamado de *etic* e trata da interpretação do vivido naquela cultura, na perspectiva de pessoas que não pertencem a ela e a descrevem do ponto de vista profissional. Refere-se ao cuidado profissional formalmente ensinado, aprendido e transmitido assim como o conhecimento de saúde, doença, bem-estar e as habilidades práticas que prevalecem em instituições profissionais, geralmente com pessoal de saúde diversificado para atender os consumidores para dar assistência, suporte, habilitar ou facilitar individualmente ou em grupo a fim de melhorar a condição humana (bem-estar), modo de viver ou enfrentando com os seus clientes situações de invalidez ou a morte (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

3.2- NATUREZA DO ESTUDO

Dado o referencial teórico e o problema proposto, o método de pesquisa considerado adequado é descritiva de natureza qualitativa. Esse tipo de pesquisa segundo Leininger (1985) visa, essencialmente, documentar e interpretar a totalidade do que está sendo estudado em contexto particular, sob o ponto de vista das pessoas envolvidas. Isso inclui, segundo a autora, a identificação, estudo, análise objetiva e subjetiva dos dados, de modo a conhecer o mundo interno e externo das pessoas, através, não apenas da ótica do pesquisador, mas, essencialmente, dos informantes enquanto co-participantes das informações adquiridas e, portanto, co-autores dos conhecimentos produzidos.

Trata-se de estudo com base na etnoenfermagem. Como método científico, valoriza o estudo de crenças, valores e práticas de cuidado em enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por determinada cultura, através de sua experiência direta, crenças e sistemas de valores. Objetiva focar os achados em significados de cuidado e experiências de vida (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Esse método capacita o profissional a descobrir a diferença entre cuidado genérico ou nativo popular, aprendido informalmente e que na maioria das vezes é passado de geração a geração e do conhecimento profissional de enfermagem, aprendido formalmente nos sistemas educacionais, em diversas culturas. Também colabora na percepção e compreensão das enfermeiras sobre o cuidado cultural das pessoas em diferentes e semelhantes contextos ambientais (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

3.3- CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no ambulatório de *follow-up* em um Hospital Universitário (HU) do município do Rio de Janeiro, situado na zona norte, sob Coordenação da Área de Planejamento 2.2 que abrange os bairros do Alto da Boa Vista, Tijuca, Praça da Bandeira, Grajaú e Andaraí, com população aproximada de 360.000 habitantes. A escolha deste cenário deve-se pelo fato de ser referência do município para gestantes e recém-nascidos de alto risco, com grande demanda de clientela.

O HU é composto por 14 prédios, sendo que o prédio principal contém 70% de área construída, encontrando-se ao seu redor diversos anexos e edículas. O prédio principal notadamente projetado para internação possui doze alas transversais aos corredores principais, sendo quatro por andar.

Com o passar do tempo o andar térreo passou a funcionar como ambulatório reunindo inúmeros consultórios. Com as crescentes demandas por espaço físico foram construídos anexos feitos por escadas, em sua maioria inadequadas, como encontrado no ambulatório de pediatria, com claro prejuízo a acessibilidade.

Talvez por esse motivo, apesar de disponibilidade no andar superior, a maioria das consultas às crianças são realizadas em um grande consultório, onde possui quatro mesas com cadeiras para os médicos e para os usuários, além uma cama hospitalar para o exame físico.

Observa-se que no momento das consultas de *follow-up*, demanda espontânea ou com pneumologista, além dos médicos e residentes de medicina, encontram-se mães

com seus filhos. Os únicos profissionais que oferecem atendimento individualizado são a nutricionista e a fonoaudiologia.

Dentre a clientela do ambulatório de pediatria, destacam-se os egressos de UTIN até completarem dois anos, aquelas que fazem acompanhamento nutricional ou com a fonoaudióloga, e as crianças por demanda espontânea que possuem cadastro no hospital.

Os nascidos prematuros são orientados a retornar no hospital a cada mês. Após completar um ano, seu retorno no ambulatório é a cada três meses. Ao completar dois anos são encaminhados a Unidade Saúde da Família ou a outros serviços de reabilitação pediátrica.

3.4- QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA

A fim de garantir o cumprimento das questões éticas, o estudo foi aprovado, sem restrições (ANEXO 1), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (CEP UNIRIO), parecer nº109.934, considerando-se o que prevê a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, a qual estabelece normas para a pesquisa com animais e seres humanos (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que, todos os participantes foram informados sobre a justificativa, os objetivos, a metodologia do estudo e a sua confidencialidade. Estes, após receberem todos os esclarecimentos pertinentes ao estudo, assinaram, voluntariamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 1).

Para garantir o anonimato dos entrevistados, substituímos seus nomes pela letra - P. A indicação desta letra baseou-se no software *Atlas TI*, que utiliza a letra -P no documento primário, ou seja, entrevistas e numerais seguem a ordem de inclusão (das entrevistas) no referido software. Após a inclusão de todas as entrevistas, tivemos a seguinte ordenação: P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8; P9; P10; P11 e P12.

Foi utilizado o recurso da gravação, em MP3, como forma de obter maior segurança quanto à fidelidade das informações.

3.5- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Critérios de Inclusão: Mães de crianças com até 24 meses de idade; nascidas prematuras de ambos os sexos; permanência de internação por período igual ou superior a sete dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, ausência de diagnóstico médico de doenças genéticas que comprometam o desenvolvimento neuro-psico-motor;

convivência em ambiente familiar, residência no município do Rio de Janeiro. No caso de morte materna, o pai pôde participar da pesquisa.

- Critérios de Exclusão: Mães de crianças com diagnóstico médico de doenças genéticas que comprometem o desenvolvimento neuro-psico-motor; crianças moradoras de abrigos.

3.6- COLETA DE DADOS

Para viabilizar a utilização da etnoenfermagem, é necessário que o pesquisador desenvolva os capacitadores (facilitadores). Estes facilitam aos informantes dividir suas ideias e achados de modo natural e casual, e são meios que o pesquisador utiliza para analisar as principais tendências da Teoria e do domínio de inquirição (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Nesta investigação foram utilizados três capacitadores designados para a obtenção dos:

A) CAPACITADOR (MODELO) SUNRISE (QUESTIONÁRIO SÓCIO-ECONOMICO-CULTURAL) (APÊNDICE 2)

Este diagrama destaca os pontos principais da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e tem como objetivo descobrir, explicar, interpretar e prever conhecimento do cuidado, bem como desenvolver cuidado de enfermagem culturalmente congruente.

Entretanto Oriá, Ximenes e Pagliuca (2007) afirmam que o Modelo Sunrise não representa a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Culturalmente em si, porém revela mapa cognitivo, ou esboço conceitual de seus componentes e visão integral de suas dimensões, e o modo como influenciam o cuidado e o estado de saúde de indivíduos, grupos, famílias e instituições considerando os aspectos sociais e culturais.

O Modelo Sunrise é constituído de três níveis, sendo que os três primeiros fornecem subsídios para o planejamento e execução do cuidado. (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

- O nível I é constituído pelos componentes interdependentes da estrutura social e visão de mundo que segundo a teórica, nos leva ao estudo do significado, da natureza e dos atributos do cuidado. Incluem-se nesta fase, idioma, contexto ambiental do cliente, fatores tecnológicos, religiosos, filosóficos, políticos, econômicos, educacionais bem como grau de

parentesco, estrutura social, valores e crenças culturais (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

- O nível II é baseado no conhecimento do nível anterior. É a aplicação deste conhecimento à situação do cliente em estudo (indivíduo, família, grupo ou instituição), onde se observa significado e expressões específicas acerca do cuidado e da saúde (LEININGER & MCFARLAND, 2006).
- O nível III permite identificar, caracterizar os valores, crenças, comportamentos populares, profissionais e a enfermagem. Sendo possível identificar semelhanças e diferenças, ou seja, características universais e específicas da cultura do cliente em estudo. As atividades desenvolvidas nesse nível são correspondentes à elaboração de diagnósticos de enfermagem e engloba o resultado prático desse sistema interligado, onde estão as decisões e as ações do cuidado de enfermagem (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Segundo Leininger & McFarland (2006) este último nível esclarece sobre as atividades do cuidado de enfermagem congruente, que devem ser divididas em três modalidades de ação ou modos de decisão:

- Preservação e/ou Manutenção do Cuidado Cultural – refere-se aos atos ou decisões assistenciais, de apoio, facilitadores ou de capacitação profissional que ajudam as culturas a manter, preservar ou reter as crenças e valores benéficos do cuidado ou para enfrentar deficiências e a morte (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

- Acomodação e/ou Negociação do Cuidado Cultural – refere-se às ações e decisões que assistem, acomodam, facilitam ou capacitam o cuidado e que ajudam as culturas a se adaptar ou negociar o cuidado congruente, seguro, e efetivo para sua saúde, bem-estar, ou lidar com a doença ou com a morte (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

- Repadronização e/ou Reestruturação do Cuidado Cultural – refere-se às ações e decisões mútuas, assistenciais, de apoio, facilitadoras ou de capacitação que ajudam as pessoas a reordenar, modificar, mudar ou reestruturar seu modo de vida e as instituições para melhores padrões (ou benéficos) de cuidado à saúde, práticas, ou resultados (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Segundo Leininger & McFarland (2006) esses três modos de ação são essenciais para cuidar. Entretanto, nesta pesquisa o quarto nível não será incluído, posto que os estudos etnoenfermagem não necessariamente precisam ser interventivos. Dessa forma,

de acordo com o objeto deste estudo, existe preocupação maior com o nível I do Modelo Sunrise para no final fazer divulgação e recomendações junto aos profissionais de saúde.

FIGURA 01: Modelo Sunrise



Fonte: LEININGER & MCFARLAND, 2006, p.25

B) OBSERVAÇÃO-PARTICIPAÇÃO-REFLEXÃO (APÊNDICE 3)

O capacitador Observação-Participação-Reflexão (OPR) foi utilizado com a finalidade de obter acesso às mães, explorar o contexto e suas práticas que podem influenciar no desenvolvimento de seus filhos. Utilizei para este estudo as quatro fases da OPR em etnoenfermagem de Leininger, que pode ser observado no Quadro I.

Quadro I – As Quatro Fases da Observação – Participação e Reflexão

FASES	1	2	3	4
	Observação e ação ativa de ouvir (sem participação ativa)	Observação com participação limitada	Participação com observações continuadas	Reflexão e reconfirmação de resultados com os informantes

Fonte: LEININGER & MCFARLAND, 2006

Na Fase 1 – Observação & Ação Ativa de Ouvir, o pesquisador concentra-se nas observações. Observar e escutar são aspectos essenciais. O observador busca obter visão ampla da situação e, gradualmente, faz observações detalhadas. É essencial que seja reservado algum tempo para a documentação detalhada das observações, antes que haja interação ou participação mais direta com as pessoas, pois isto permite verificar o que

está ocorrendo antes que a situação seja influenciada pela participação de estranhos. Nesta fase, o observador é também observado e testado pelos informantes (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Na primeira fase, onde o foco é a observação do contexto cultural, foi possível conhecer o cenário do estudo, de modo a ter visão mais ampla e próxima do contexto das informantes que estavam à espera da consulta ambulatorial. Nesta etapa, fui apresentada para algumas mulheres pela médica que explicou sobre meu objetivo no ambulatório e da possível contribuição do meu estudo para o cuidado com as crianças egressas da UTIN.

A partir disso, busquei através da observação, entender o fluxo do atendimento *follow-up* e a rotina das mulheres-mães naquele local. Percebi que o melhor momento para me aproximar delas seria na sala de espera antes do atendimento médico. Então, nos dias de atendimento preocupava-me em chegar cedo e me juntar àquelas que tiveram filhos prematuros. Como forma de me integrar no atendimento ambulatorial e para que elas se familiarizassem com minha presença, solicitava o cartão hospitalar da criança, colocando na ordem de chegada, e na hora da consulta eu as encaminhava para o consultório médico. Durante esse período percebi que ao sair do consultório elas saíam apressadas do hospital, não havendo oportunidade de contato próximo.

Na Fase 2 – Observação com Participação Limitada, a observação é contínua, mas alguma participação ocorre. O pesquisador começa a interagir mais com as pessoas e observa suas respostas (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Nesta segunda fase, após tentativa de me fazer presente no serviço e confiável aos olhos delas, aproveitava os dias que chegava cedo ao local para iniciar conversa informal e tímida com as mulheres, a fim de saber sobre o seu contexto de vida: onde moravam, que horas saíam de casa, quanto tempo ficaram com seus filhos internados, se tinham outros filhos e que horas chegavam em casa após a consulta no ambulatório de *follow-up*.

Após este diagnóstico situacional, conversei com a médica sobre situação das mulheres e ela me autorizou a entrevistá-las antes do seu atendimento.

Na Fase 3 – Participação com Observações Continuadas, o pesquisador torna-se participante nas atividades dos informantes, ficando difícil fazer observações detalhadas de todos os aspectos. Ele desenvolve vários níveis de participação para aprender com as pessoas, sentir e experimentar através do envolvimento direto nas atividades. É

importante, porém, que se mantenha sempre como observador atento, embora isto ocorra com menos intensidade (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Na terceira fase houve a participação plena de forma mais ativa das atividades dos informantes, reduzindo as atividades de observação. Nessa etapa de maior integração e envolvimento, expliquei sobre a pesquisa e sua possível contribuição. O convite para participar era realizado e para as que não podiam no momento, foram agendados outros dias, na qual sempre compareciam. É importante ressaltar que nenhuma se recusou a participar da pesquisa. Entretanto, mãe (P1) desejou que eu “esquecesse” o dia que marquei para realizar a entrevista. Após eu abordá-la no ambulatório na data que havia marcado para a entrevista, ela me disse que queria que eu tivesse esquecido o nosso compromisso. Isto talvez ocorreu por ela achar que a entrevista atrapalharia o horário da consulta médica do seu filho, contudo lhe foi esclarecido que havia praticamente antecedência de 90 minutos para o serviço do ambulatório começar a funcionar. Após essa conversa, ela aceitou fazer a entrevista e não perdeu o horário da consulta médica.

Na Fase 4 – Reflexão e Reconfirmação de Resultado com os Informantes, o pesquisador faz observações reflexivas para determinar o impacto dos eventos, ou dos acontecimentos na vida das pessoas. Observação reflexiva significa “olhar para trás”, relembrar como se desenvolveu todo o processo e avaliar como as pessoas respondem ao pesquisador. Isto auxilia o pesquisador a complementar a influência sofrida e a exercida nas pessoas. Representa síntese de todo processo de forma sequencial e particular, para obter visão global (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

A última fase foi realizada junto com a médica do *follow-up*, onde discutíamos sobre os casos à época da internação das crianças e complementações eram feitas através dos prontuários das crianças (APÊNDICE 4).

C) CAPACITADOR NARRATIVA DE VIDA DE CUIDADO DE SAÚDE:

Para utilização deste capacitador aplicou-se a técnica da Narrativa de Vida que segundo Bertaux (2010) seria o relato do informante sobre sua existência, através do qual tenta reconstruir os acontecimentos que vivenciou ao longo do tempo. Através das ‘experiências’ da vida de quem conta, o capacitador tem o enfoque centrado no cuidado e cuidar (ou aspectos relacionados à Enfermagem), nos sistemas de saúde profissionais ou populares no domicílio ou instituições. As histórias de vida têm sido de grande valia para a Antropologia. Para Leininger e McFarland (2006, p.69), as enfermeiras agora

estão aprendendo como usar as narrativas de vida em pesquisas e atrelar as práticas de enfermagem e de cuidados à saúde.

Este capacitador foi designado para obter registro completo e sistemático dos informantes sobre o cuidado saudável, ou menos saudável, modos de vida e como crenças e práticas do cuidado influenciam no seu bem estar. Dados ricos e detalhados têm sido obtidos com respeito ao cuidado humano e aos valores de saúde, expressões e significados. Os enfermeiros pesquisadores que usam o método de etnoenfermagem são estimulados a usar este capacitador como técnica de coleta de dados, destacando assim critérios sobre valores de cuidado à saúde e suas práticas. Notadamente, aqueles relativos aos padrões e práticas de cuidado genérico profissional através do ciclo da vida (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Para realização deste capacitador, foi utilizada a entrevista aberta do tipo “Conte-me sobre (domínio da inquirição)”.

De acordo com Bertaux (2010) a entrevista aberta deve ser combinação de escuta atenta e questionamento porque o sujeito não relata simplesmente a sua vida, ele reflete sobre a mesma, enquanto conta.

Nesta pesquisa foi utilizada uma única pergunta: “Fale sobre sua vida e que tenha relação com cuidado do seu filho após a alta da UTIN”.

Antes de iniciar a gravação em MP3 foi realizado filtro para predeterminar e orientar a coleta de dados. Em vez de buscar a globalidade da vida da pessoa, a narrativa de vida lança mão do conceito de “experiência filtrada” compreendido como “pacto” entre o sujeito da pesquisa e o pesquisador, que se encontram para tratar de parte da vida do sujeito e não desde sua infância (BERTAUX, 2010, p. 49).

Nesta pesquisa os filtros foram feitos de acordo com as Dimensões da Estrutura Cultura e Social de Madeleine Leininger (2006) e de acordo com o desenvolvimento infantil da criança nascida prematura egressa da UTIN, desta forma os participantes puderam se organizar mentalmente e relembrar os fatos.

Nesse sentido a realização do filtro é de grande valia por indicar que efetivamente a narrativa de vida prioriza o trabalho com os fragmentos da vida em função do objeto de estudo e dos movimentos da memória do que recontar sua vida por inteiro (BERTAUX, 2010).

Evidentemente alguns entrevistados elaboraram seus próprios filtros na história da sua própria vida. Isto fica evidenciado quando questionam: “Mas eu também posso falar sobre...?”.

A quantidade de entrevistas foi finalizada após atingir o ponto de saturação. Este é o fenômeno através do qual o pesquisador tem a impressão de não apreender nada de novo referente ao objeto de estudo. Para que o pesquisador consiga identificar corretamente o ponto de saturação, recomenda-se a transcrição imediata das entrevistas (BERTAUX, 2010).

Assim a coleta de dados levou cinco meses, de novembro de 2012 a abril de 2013, totalizando 20 dias de comparecimento no cenário de estudo.

Foram realizadas 12 entrevistas, que totalizaram 317 minutos de gravação e 103 folhas de transcrição, digitadas em espaço duplo para facilitar posteriormente as marcações no texto. A duração das entrevistas variou de 15 a 70 minutos.

3.7- OS PARTICIPANTES

Para compor os participantes do estudo, foram entrevistadas nove mães de crianças nascidas prematuras egressos de UTIN, dois casais (P10 e P11) e pai (P3). Este pai participou do estudo porque sua esposa evoluiu a óbito no momento do parto.

Para facilitar a compreensão do leitor, apresenta-se o Historiograma dos entrevistados, os dados de identificação das mulheres, a história obstétrica, a identificação dos seus filhos, os diagnósticos e a terapêutica foram colhidos nos prontuários das crianças e distribuídos em quatro quadros (II, III, IV, V) apresentados a seguir:

Quadro II: Historiograma

Entrevistados	Breves relatos de vidas
Mãe P1	32 anos. Durante a minha abordagem para a entrevista, ela solicitou marcar a atividade para outro dia. Na data marcada desejou que eu tivesse esquecido o nosso compromisso. Talvez pelo receio de perder a consulta médica do seu filho. Durante a entrevista mostrou-se bastante atenciosa com a criança, inclusive durante a narrativa interagiu com a criança através de conversa.
Mãe P2	30 anos. Bastante comunicativa, citou estar feliz em contribuir com o estudo. Pariu prematuramente após ter sofrido violência física do companheiro, teve depressão durante a gravidez. Possui dois filhos que foram criados pelo irmão de P2, sendo o nascido prematuro o primeiro a ser maternado por ela. Observei através da narrativa característica superprotetora com o filho prematuro.
Pai P3	36 anos. Sua esposa evoluiu a óbito durante o parto devido placenta acreta e eclampsia. Ele foi ameaçado perder a guarda da criança para a família materna com a justificativa de estar desempregado à época da internação do filho na UTIN. Mostrou-se muito atencioso com a criança.

Mãe P4	18 anos. Mãe jovem que possui apoio dos pais para cuidar da criança. É estimulada pela família a estudar e seu maior medo é que seu filho não seja uma pessoa honesta no futuro.
Mãe P5	18 anos. Mãe jovem que realizou apenas uma consulta de pré-natal, uso de álcool durante a gestação e episódio de depressão durante a gravidez. Afirma que o que ‘devolveu’ a vontade de viver foi o nascimento do filho. Para continuar com a sua vida social, levava a criança após a alta da UTIN para bares, entretanto depois de episódio de reinternação da criança suas saídas noturnas foram suspensas. Relata que parou de trabalhar para cuidar do filho e sente não poder ter sua própria renda.
Mãe P6	25 anos. Possui outras duas filhas que sustenta através da aposentadoria da mãe. Descobriu a gravidez após ser ferida por arma de fogo; possui dificuldades financeiras e por isto às vezes falta às consultas médicas de acompanhamento do filho nascido prematuro. Teve medo de roubarem seu filho na UTIN.
Mãe P7	32 anos. Possui outro filho além do nascido prematuro. Seu pai (avô materno da criança) acompanha a filha em todas as consultas da criança. Aprendeu com a avó (índia) algumas práticas culturais, como laranja morna para abaixar a temperatura em caso de febre.
Mãe P8	31 anos. Possui dois filhos mais velhos; não sentiu dificuldade de cuidar do nascido prematuro porque já havia cuidado dos seus sobrinhos. Considera o amor materno o melhor ‘remédio’ para seu filho. Mostrou-se muito carinhosa com a criança.
Mãe P9	36 anos Possui outro filho além do nascido prematuro. É do interior de Minas Gerais e cita que o custo de vida no Rio de Janeiro é muito alto, inclusive com o nascimento do filho prematuro as dificuldade financeiras aumentaram já que ela teve que parar de trabalhar. Narra que não tem tempo de brincar com o filho devido rotina de trabalho fora (dia) e afazeres domésticos (noite). No alojamento conjunto sentiu-se obrigada a tirar leite pelos profissionais e irritou-se em saber que era proibido a prática do aleitamento materno cruzado.
Casal P10	27 anos. Homem 31 anos. Casal participou da narrativa. Desacreditavam que a filha sobreviveria. Fizeram adaptações na casa para receber a filha nascida prematura: o primeiro banho em casa foi dentro da bacia de pão e a banheira virou berço. Sempre comparam o desenvolvimento da filha nascida prematura com a filha nascida a termo de 5 anos e por isto consideram a prematura ‘atrasada’.
Casal P11	21 anos. Homem 23 anos. Casal participou da entrevista. O pai foi o mais presente na UTIN durante o período de internação da filha. A mãe tinha receio de pegar e ter uma proximidade com a criança, talvez pela característica hipotônica do nascido prematuro. A mãe lamenta ter perdido sua vida social e privacidade já que se mudou para casa da sogra após nascimento da filha.
Mãe P12	25 anos. Casou jovem, evangélica. Apesar de gostar de estudar, interrompeu a faculdade depois do nascimento da filha. Gostaria que a filha seguisse a sua religião e a incentiva cantando louvores. O primeiro presente dado à criança foi uma bíblia infantil. Teve medo de roubarem sua filha da UTIN.

Fonte: Entrevista e prontuário das mulheres do estudo, 2013.

Quadro III: Caracterização dos dados obstétricos

Identificação	Idade	Antecedentes Obstétricos	Intercorrência Gestacional	Tipo de Parto	PN ³
P1	32 anos	G2P2A0	Amniorrexe Prematura	Normal	4
P2	30 anos	G4P3A1	Oligodrâmnio Amniorrexe Prematura Citomegalovírus	Normal	1
P3	36 anos	G4P3A1	Placenta acreta Eclâmpsia / Óbito	Cesárea	*
P4	18 anos	G2P2A0	ITU ¹	Cesária	1
P5	18 anos	G1P1A0	Pré-Eclampsia / ITU	Cesária	1
P6	25 anos	G3P3A0	ITU	Cesária	0
P7	32 anos	G2P2A0	Amniorrexe Prematura	Normal	1
P8	31 anos	G3P3A0	Hemorragia digestiva	Cesária	3
P9	36 anos	G2P2A0	HA gestacional ²	Cesária	2
P10	27 anos	G2P2A0	HA gestacional	Cesária	2
P11	21 anos	G1P1A0	HA gestacional	Cesária	0
P12	25 anos	G1P1A0	Amniorrexe Prematura	Normal	2

Fonte: Entrevista e prontuário das mulheres do estudo, 2013.

¹Infeção do trato urinário/ ²Hipertensão Arterial/ / ³Número de consultas de pré-natal.

* Não consta no prontuário

Quadro IV: Caracterização do filho pré-termo acompanhado no ambulatório de seguimento no que diz respeito ao nascimento

Filho de	Idade gestacional	Apgar (1ºmin./5º min.)	Peso ao nascer
P1	24 semanas	6/8	810g
P2	29 semanas e 2 dias	9/9	1.020g
P3	35 semanas e 1 dia	5/7	1.875g
P4	34 semanas e 3 dias	1/3	1.390g
P5	33 semanas e 4 dias	7/9	1.080g
P6	29 semanas e 1 dia	3/7	1.200g
P7	30 semanas	6/8	1.110g
P8	31 semanas	6/8	1.250g
P9	28 semanas e 2 dias	5/7	970g
P10	31 semanas	4/7	1.100g
P11	30 semanas e 1 dia	3/7	1.050g
P12	29 semanas	6/8	1.005g

Fonte: Prontuário dos 12 filhos das mulheres do estudo, 2013.

Quadro V: Caracterização do filho pré-termo acompanhado no ambulatório de seguimento no que diz respeito ao período de internação

Filho de	Diagnóstico	O ₂ *	Sfc**	Medicação	T ⁴	Palta ⁵	IA ⁶	IGC ⁷
P1	Prematuridade Sepse/ Icterícia Asfixia	CPAP ² OXYHOOD	1	Ampicilina Gentamicina	44	2440g	11m3s	8m2s
P2	Prematuridade Citomegalovírus Apnéia Icterícia	CPAP	-	Ampicilina Gentamicina	57	2220g	3m2s	1m1s
P3	Prematuridade Sepse	TOT ³ / CPAP OXYHOOD	-	Ampicilina Gentamicina	48	2990g	7m2s	6m3s
P4	Prematuridade SMH ¹ Icterícia Sepse suspeita	TOT CPAP	1	Adrenalina Dobutamina Ampicilina Gentamicina	41	2115g	7m1s	6m
P5	Prematuridade Hipoglicemia Icterícia	OXYHOOD	-	Prednisona Hidrocortizona	18	2070g	3m2s	2m1s
P6	Prematuridade Sepse suspeita	TOT	-	Ampicilina Gentamicina Kefazol Adrenalina	45	2250g	3m2s	1m2s
P7	Prematuridade Hipoglicemia	CPAP	-	Ampicilina Gentamicina	45	2650g	5m	3m1s
P8	Prematuridade Apnéia Refluxo	TOT CPAP	-	Ampicilina Gentamicina	17 [#]	2290g	9m	7m2s
P9	Prematuridade Icterícia SMH	OXYHOOD CPAP	1	Ampicilina Gentamicina	53	2000g	1a5m	1a2m
P10	Prematuridade Sepse suspeita SMH	TOT/CPAP	1	Dobutamina Ampicilina Gentamicina	28	2300g	1a	10m2s
P11	Prematuridade SMH Sepse suspeita Icterícia	TOT CPAP	1	Ampicilina Gentamicina Adrenalina	60	2190g	1a9m	1a7m
P12	Prematuridade Sepse suspeita SMH	CPAP	-	Ampicilina Gentamicina	50	2300g	5m1s	3m

Fonte: Prontuário dos 12 filhos das mulheres do estudo, 2013.

*Modalidade de Oxigenoterapia / **Dose de surfactante/ ¹Síndrome da Membrana Hialina/ ²Pressão Positiva nas vias aéreas/ ³Tubo orotraqueal/ ⁴Tempo de internação em dias/ ⁵Peso na alta/ ⁶Idade atual/ ⁷ Idade gestacional corrigida/ [#]permaneceu 22 dias internado na ala pediátrica após sair da UTIN.

3.8- ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi fundamentada na Etnoenfermagem, que segundo Leininger e McFarland (2006) é sistemática, profunda e rigorosa da pesquisa qualitativa, dividida em quatro fases:

Fase I- Coleta, Descrição e Documentação de Matéria Prima. O pesquisador coleta, descreve, registra e começa a analisar os dados relativos aos objetivos, domínio de inquirição ou das questões em estudo.

As entrevistas depois de coletadas foram transcritas imediatamente. Este processo teve dois momentos muito distintos: se, por um lado, tornou-se exaustivo, por outro, permitiu a pesquisadora abstrair as primeiras idéias para análise.

Fase II- Identificação e Categorização de Narradores e Componentes. Os dados são codificados e classificados de acordo com o domínio da inquirição e, às vezes, as questões em estudo.

Nesta fase de codificação e análise dos dados foi utilizado o software *Atlas-ti* (*Qualitative Research and Solutions – Non-numeric na Unstructured Data - index, Searching and Theorizing*). Este software é utilizado para análise de dados qualitativos permitindo o armazenamento, codificação e integração de grande quantidade de dados complexos, bem como possibilita reunir dados e realizar interpretações relevantes (ESTEBAN, 2006).

Os documentos das entrevistas foram inseridos no *Atlas-ti* em 12 arquivos individuais denominados “documento primário”. Para cada entrevista o software gerava a letra P com uma numeração, por exemplo, —P3. Esses números foram aproveitados para identificar os informantes e mantê-los no anonimato.

Em cada documento os fragmentos (falas) foram selecionados e decompostos em unidades temáticas construídos a partir das falas dos participantes.

Na Figura 2 encontra-se exemplo da tela de trabalho do *Atlas-ti*.

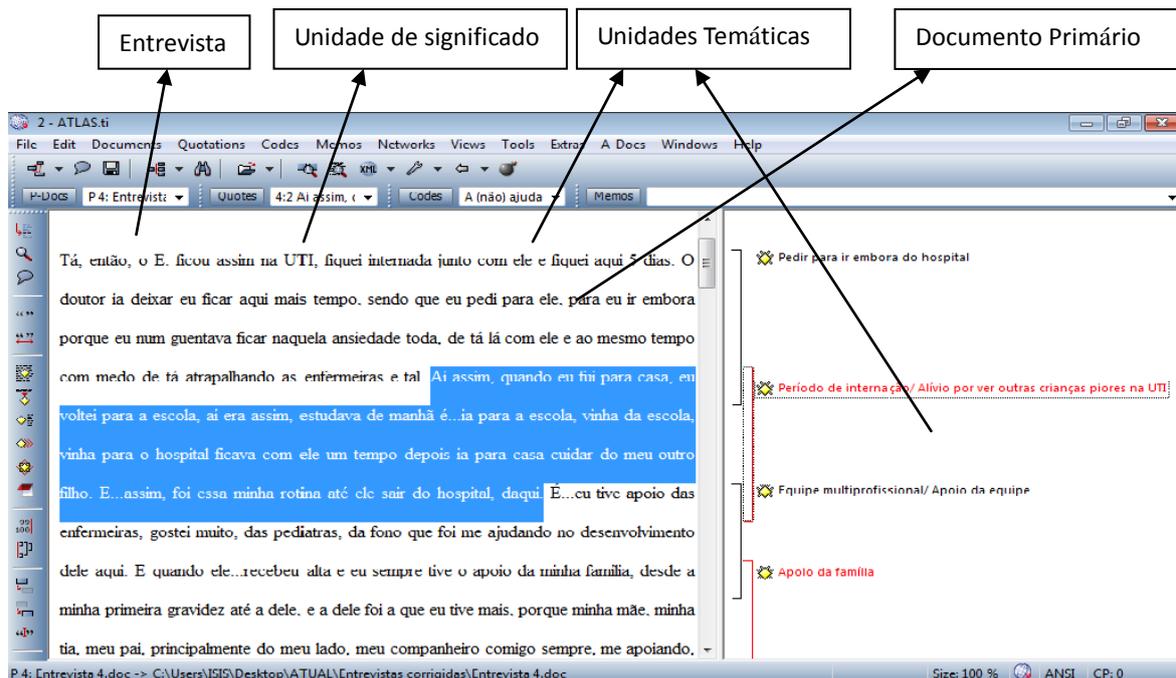


Figura 2 - Tela de trabalho do Atlas-ti, 2013

Fase III- Padrão e Análise Contextual. Os dados foram escrutinados para descobrir a saturação de ideias e os padrões recorrentes de significados semelhantes ou diferentes, expressões, formas estruturais, interpretações, ou explanação de dados relativos ao domínio da inquirição. Os dados são também examinados para mostrar a padronização com respeito aos significados no contexto e junto com outros dados confiáveis e de confirmação, realizando assim a recodificação.

A figura 3 apresenta as 56 unidades temáticas e a recorrência através da tela do *Atlas-ti*.

Name	Grounded
✘ A (não) ajuda e as relações com a vizinhança	1
✘ Alta/ Aprender a cuidar do filho/ Conhecer o filho	13
✘ Amamentação	1
✘ Apoio da família	23
✘ Aprender a sugar/ Ganhar peso	4
✘ Atitudes frente ao choro	8
✘ Coisas que o filho faz	12
✘ Coisas que o filho não faz	5
✘ Como se não fosse prematuro	8
✘ Comparação com outras crianças	21
✘ Conhecer mais a voz das pessoas da UTIN	1
✘ Criança com dor/ cólica	10
✘ Cuidado é maior por ser prematuro/ pequeno	9
✘ Cuidados primários (banho, troca de fralda, preparo dos alimentos)	20
✘ Cuidar sozinho/ Ele precisa de mim	6
✘ Deixar o filho no hospital/ Não ficou tranquila em deixá-lo na UTIN	4
✘ Depressão/ Pensar em morrer/ Rejeitar a gravidez/ Sentir-se culpada	4
✘ Deus: Apego/ lição/ vontade	9
✘ Dificuldade financeira/ Alto custo do leite	15
✘ Dificuldade de alimentar	8
✘ Dificuldade de amamentar	5
✘ Disciplina com horário	7
✘ Disciplina na criação para o futuro/ Atitudes para o futuro/ Sonhos para o futuro	18
✘ Discriminação pelo excesso de cuidado	3
✘ Ensinaamentos, influências através das gerações/ Simpatas/ Supertições	12
✘ Enxoval	2
✘ Equipe multiprofissional/ Apoio da equipe	9
✘ Estimulo para o Desenvolvimento (TV, cores, sons, brinquedos)	25
✘ Falta de ajuda familiar	8
✘ Falta de esclarecimentos sobre a saúde do filho/ Estresse com fonodiologia	4
✘ Falta do pai/ mãe do bebê	2
✘ Insegurança/ Medo de quebrar	3
✘ Limpeza da casa/ Adaptações na casa/ limpeza com utensílios do bebê	11
✘ Medos: doença, sequelas, morte	10
✘ Mudança de vida/ Agora ele é tudo na minha vida	14
✘ Nascimento prematuro foi horrível/ ter prematuro é mais difícil	4
✘ Não querer receber alta/ querer ficar perto do filho/ Necessidade de ver o filho	3
✘ Ninguém me conhece melhor que meu filho	2
✘ Noites sem dormir	5
✘ O filho é meu/ Cuido do meu jeito	7
✘ O tempo dele	4
✘ Opinião dos outros	9
✘ Pai acompanhante do filho/ Ajuda paterna	5
✘ Parar de trabalhar	2
✘ Pedir para ir embora do hospital	6
✘ Período de internação/ Alívio por ver outras crianças piores na UTI	27
✘ Preocupação com outros filhos/ Ansiedade dos irmãos	10
✘ Pré-parto/ Parto	11
✘ Reação ao vez pela primeira vez	4
✘ Restringir visita/ não pode beijar	7
✘ Rotina com o filho	12
✘ Acompanhamento de saúde	7
✘ Sofrimento do filho/ Saúde instável do filho	7
✘ Sugestão para abortar/ doar/ perder a guarda da criança	8
✘ Tudo é a mãe/ mãe vira bicho/ Eu posso, eu sou a mãe	6
✘ Voltar a trabalhar/ Aos cuidados da creche/ Cuidadores/ Recomendações aos cuida...	17

Figura 3: Tela Atlas-ti: Unidades temáticas e recorrências, 2013.

Fase IV - Temas principais, resultados de Pesquisas, Formulações Teóricas e Recomendações. Esta é a mais alta fase de análise de dados, sínteses e interpretação. Requer a síntese de pensamento, análise da configuração, resultados de interpretação e formulação criativa de dados das fases anteriores. A tarefa do pesquisador é abstrair e confirmar os principais temas, resultados de pesquisas, recomendações e, às vezes, fazer novas formulações teóricas (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Os “temas” do comportamento e de outros “resultados sumarizados da pesquisa” são apresentados e abstraídos dos dados como derivados das três fases anteriores. Em todos os estágios, os resultados de pesquisa da análise dos dados podem ser transportados de volta, a cada fase e aos dados estabelecidos na Fase I, para confirmar e conferir os resultados em cada fase (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Nesta fase foram realizados três agrupamentos: 1º) Pré Parto/ Parto/ Período de Internação; 2º) Pós Alta/ Ambiente Domiciliar/ Família; 3º) Práticas no Domicílio/ Rotina/ Desenvolvimento Infantil. As visualizações destas através do software Atlas-ti podem ser elemento chave na descoberta das conexões entre conceitos, interpretando as suas descobertas e comunicando efetivamente os seus resultados.

Na figura 4 apresenta-se o agrupamento 01 denominado Pré Parto/ Parto/ Período de Internação:

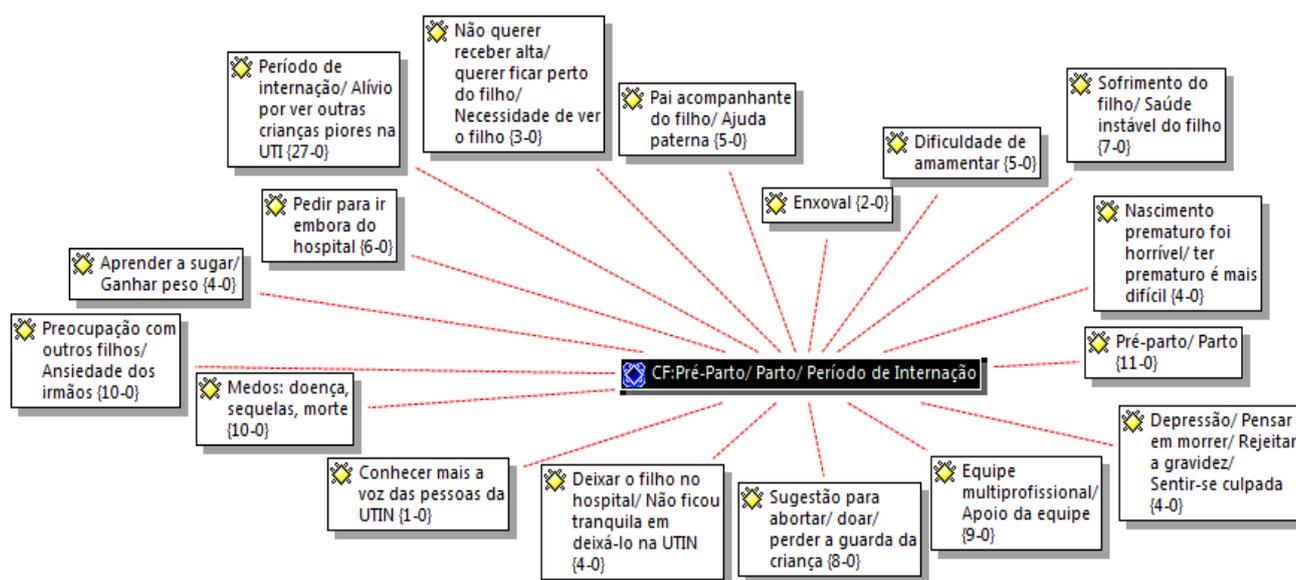


Figura 4: Tela de trabalho do Atlas-ti: Agrupamento 01; 2013.

Na figura 5 visualiza-se o agrupamento 02, denominado Pós Alta/ Ambiente Domiciliar/ Família.

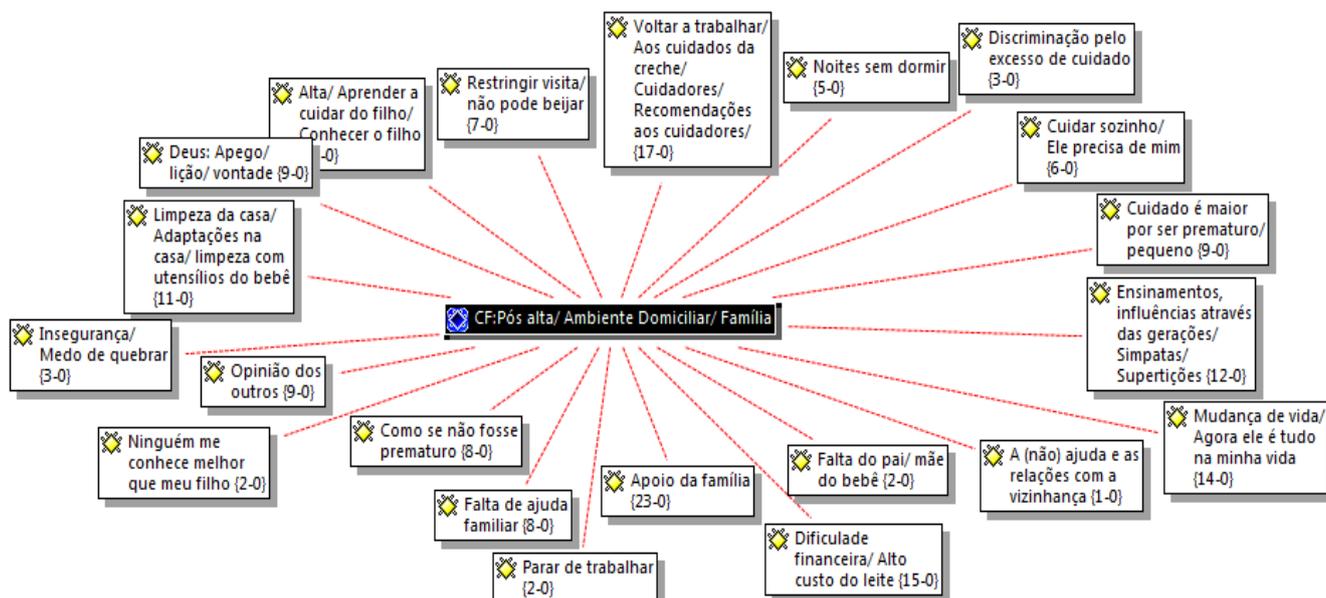


Figura 5: Tela de trabalho do Atlas-ti: Agrupamento 02, 2013.

Na figura 6 está representado o agrupamento 03 correspondente a Práticas no Domicílio/ Rotina / Desenvolvimento Infantil.

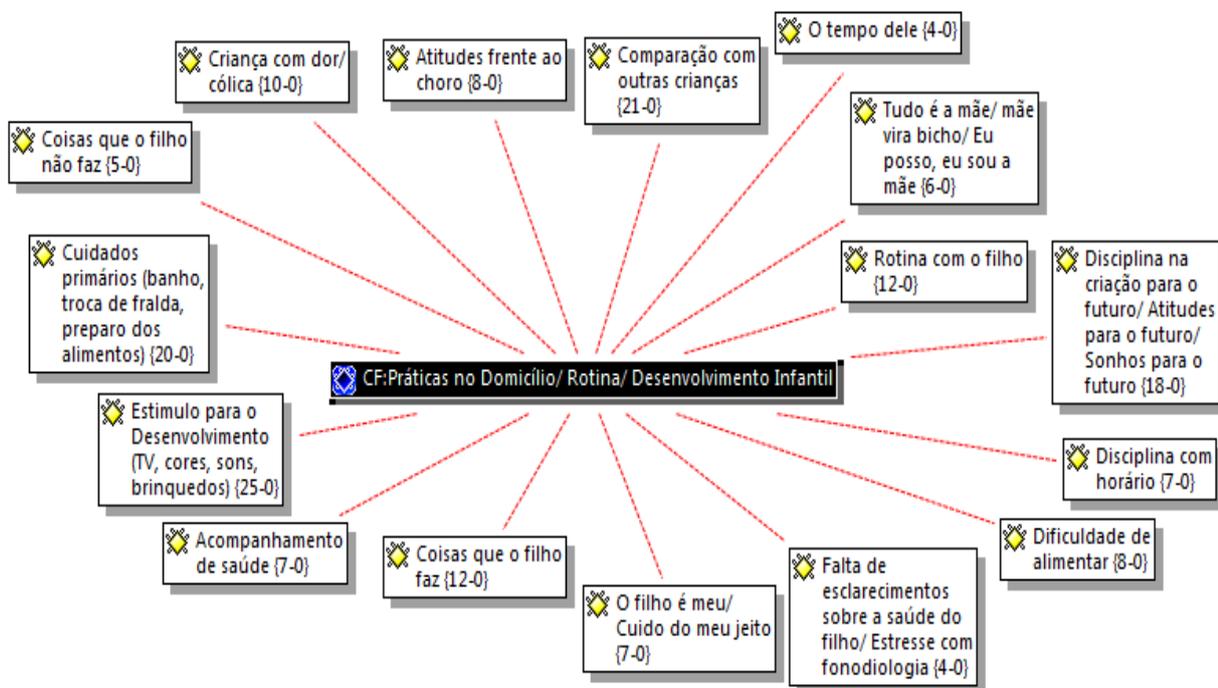


Figura 6: Área de trabalho Atlas-ti: Agrupamento 03, 2013.

Para a fase de síntese foi utilizado os agrupamentos das Unidades Temáticas e a ordem dos acontecimentos: gestar, parir, internação na UTIN, alta hospitalar, cuidados domiciliares, ou seja, a diacronia. De acordo Bertaux (2010) a diacronia se refere à sucessão temporal de acontecimentos, é dizer as relações antes/depois. Isto porque no transcurso da entrevista há de se oportunizar que o sujeito ofereça os elementos necessários para a reconstrução da diacronia, e não importuná-lo com constantes perguntas sobre as datas precisas de tal ou qual acontecimento

A partir disto foi realizada nova leitura e, assim, emergiu uma categoria com duas subcategorias:

CATEGORIA ANALÍTICA: As Dimensões da Estrutura Cultural e Social de Pais de Prematuros: Da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ao Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil no Domicílio.

1ª SUBCATEGORIA ANALÍTICA: Da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ao domicílio: O enfrentamento de maternar pré-termo.

2ª SUBCATEGORIA ANALÍTICA: A Estrutura Sociocultural dos Pais e o Desenvolvimento Infantil do Egresso de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

CAPÍTULO 5

ANÁLISE DOS DADOS

CATEGORIA ANALÍTICA: As Dimensões da Estrutura Cultural e Social de Pais de Prematuros: Da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ao Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil no Domicílio.

A trajetória de aproximação com o objeto de estudo deu-se por meio da leitura dos discursos dos participantes. O agrupamento de seus discursos em categorias forneceu elementos para leitura dos fatores culturais e sociais maternos e o desenvolvimento infantil do egresso de UTIN.

A análise dos dados se baseia nos conceitos de cuidado e de cuidado cultural popular introduzidos por Madeleine Leininger. A autora refere o cuidado como fenômeno abstrato e/ou concreto, definido como experiências ou ideias assistenciais, de apoio e capazes, dirigidas a outros com necessidades evidentes ou antecipadas, para melhorar a condição humana ou modo de vida. O cuidar é a ação, atitudes e práticas para assistir ou ajudar outros no sentido da cura e do bem-estar (LEININGER & MCFARLAND, 2002, 2006).

Leininger assinala que o cuidado, enquanto base da Teoria do Cuidado Cultural, divide-se em popular (*emic*) e profissional (*etic*). A prática do cuidar tem então, o intuito de identificar diferenças e semelhanças entre as culturas, influenciando sua aplicação na saúde ou no bem-estar dos diversos contextos culturais (LEININGER & MCFARLAND, 2002, 2006).

O termo cuidado popular refere-se ao conhecimento apreendido e transmitido, tradicional ou popular, para prestar assistência, suporte, capacidade e facilidade aos atos para ou dirigidos a outros com necessidades de saúde evidentes ou antecipadas. Sua finalidade é melhorar o bem-estar ou ajudar em caso de morte e outras condições humanas. Seu conceito pode ser aplicado no cuidado à saúde nos diversos contextos. Já o cuidado profissional refere-se ao conhecimento e práticas, formais e explicitadas cognitivamente, aprendidos pelo cuidador profissional, através das instituições educacionais. Assim é que as enfermeiras são orientadas a oferecer assistência e suporte ao indivíduo ou grupo a fim de melhorar sua saúde, prevenir as doenças, ou, conforme assinalado anteriormente, ajudar com a morte ou outras condições humanas (LEININGER e MCFARLAND, 2002, 2006).

A condição humana que não deve ser desconsiderada para a formação do ser humano, tanto física quanto psicossocial, é o desenvolvimento infantil. Todavia diante do componente da prematuridade, o pleno desenvolvimento infantil do nascido prematuro egresso de UTIN implica em acompanhamento especial, devido à sua maior fragilidade fisiológica e dos possíveis prognósticos em razão dos longos períodos de internação. Para acompanhar o desenvolvimento desta criança, tanto os pais quanto os profissionais, têm participação e responsabilidade neste processo, sendo que cada díade mãe-filho é singular e única em sua dinâmica e história (LINHARES, MARTINS, MARTINEZ, 2005), devendo ser assistida em sua individualidade cultural.

A habilidade materna para acompanhar e estimular o desenvolvimento infantil do seu filho prematuro está relacionado ao amparo que esta pode destinar à criança, à capacidade de cuidar, à compreensão que possui em relação às respostas de satisfação do bebê, às questões sociais, financeiras e culturais que influenciam e colaboram para o desenvolvimento infantil do nascido prematuro dentro do núcleo familiar (SILVA, SANTOS, GONÇALVEZ, 2006).

1ª SUBCATEGORIA ANALÍTICA – Da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ao Domicílio: O Enfrentamento de Maternar Pré-Termo.

Nesta categoria foram discutidos as narrativas de vida dos participantes deste estudo, da exposição a diferentes riscos gestacionais e da vivência de parir prematuramente. Foi abordada a trajetória da internação do seu filho na UTIN até a sua alta hospitalar, e de como as experiências pessoais e o alicerce cultural podem influenciar no desenvolvimento da criança futuramente.

A partir do conceito de Leininger e McFarland (2006) além do componente biológico existe a influência das dimensões culturais e das estruturas sociais, no que diz respeito à gestação de risco que podem levar ao parto prematuro. Isto porque existem vários fatores geradores de risco gestacional que podem comprometer tanto a saúde da mulher, quanto a do feto.

Assim a saúde é o estado de bem-estar culturalmente definido e constituído, capaz de manter ou de ajudar indivíduos ou grupos a realizar suas atividades diárias de forma culturalmente expressa, benéfica e padronizada (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

O Brasil por sua dimensão continental e variabilidade socioeconômica e cultural possui fatores de risco diversos para várias regiões do país. Reconhecendo isto, o Ministério da Saúde através do Manual de Gestão de Risco lista fatores mais comuns que foram caracterizados em quatro grupos (Quadro VI): 1) Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; 2) história reprodutiva anterior; 3) doença obstétrica na gravidez atual e 4) intercorrências clínicas. (BRASIL, 2010)

Quadro VI- Fatores de Risco à Gravidez

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis	História reprodutiva anterior	Doença obstétrica na gravidez atual	Intercorrências clínicas
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Idade menor que 17 e maior que 35 anos; ➤ Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos, biológicos e estresse; ➤ Situação conjugal insegura; ➤ Baixa escolaridade; ➤ Altura menor que 1,45 m; ➤ Peso menor que 45 Kg e maior que 75 Kg; ➤ Dependência de drogas lícitas ou ilícitas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Morte perinatal explicada e inexplicada; ➤ Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado; ➤ Abortamento habitual; ➤ Esterilidade e/ou infertilidade; ➤ Intervalo temporal menor que dois ou maior que cinco anos; ➤ Nuliparidade e multiparidade; ➤ Síndrome hemorrágica ou doença hipertensiva; ➤ Cirurgia uterina anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; ➤ Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ➤ Ganho ponderal inadequado; ➤ Pré-eclâmpsia e eclâmpsia; ➤ Amniorrexe prematura; ➤ Hemorragias de gestação; ➤ Isoimunização; ➤ Óbito fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cardiopatias; ➤ Pneumopatias; ➤ Nefropatias; ➤ Endocrinopatias; ➤ Hemopatias; ➤ Hipertensão arterial; ➤ Epilepsia; ➤ Doenças infecciosas; ➤ Doenças auto-imunes; ➤ Ginecopatias.

Fonte: Brasil, 2010, p.6.

Todas as mulheres deste estudo apresentaram risco gestacional biológico ou social, sejam eles relacionados à doença obstétrica na gravidez em curso ou relativos à intercorrências clínicas ou ainda referentes às características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis.

Através da pesquisa do prontuário do recém-nascido, se obteve dados relacionados à história obstétrica materna e desta forma foi identificado que dentre as 12 mulheres (75%), cinco apresentaram hipertensão arterial; quatro foram diagnosticadas com infecção, sendo que três delas urinária e uma pelo vírus Citomegalovírus; uma apresentou doença hemorrágica, e uma mãe relatou cirurgia gástrica. Segundo Ministério da Saúde apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, ainda é

alto a razão de mortalidade materna por morbidades evitáveis. Isto é confirmado quando entre o período de 2011 até julho de 2012 foram identificados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) o total de 26.054 mortes maternas, sendo a hipertensão arterial um dos principais fatores no país (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004; BRASIL, 2012).

Há de se ressaltar que existem fatores de risco de simples reconhecimento, como a hipertensão arterial e os riscos sociais, que devem ser identificados nas gestantes nas primeiras consultas de pré-natal, pois podem alertar a equipe de saúde no sentido de vigilância maior com relação ao eventual surgimento de fator complicador. É recomendável reclassificar o risco gestacional a cada atendimento de pré-natal e durante o trabalho de parto (BRASIL, 2010). A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais que são capazes de prevenir morbidade grave e morte materna, como ocorreu com mãe de P3 que após parir prematuramente evoluiu a óbito por eclâmpsia.

A mensuração acurada de casos como este, no entanto, é notoriamente difícil, principalmente quando não existe sistema de registro vital confiável. Apesar disso, sabe-se que o índice de mortalidade materna nos países em desenvolvimento é significativamente superior àquele observado nos países desenvolvidos, isto porque o número de mortes maternas de um país constitui excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano. Isto reflete, além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico, a qualidade da assistência médica, a iniquidade entre os gêneros e a determinação política de promoção da saúde pública (ALENCAR, 2006).

A análise das causas das mortes maternas realizada pela Organização Mundial da Saúde demonstrou que na América Latina e Caribe o motivo líder dos óbitos foi a hipertensão (BETRÁN, WOJDYLA, POSNER, GÜLMEZOGLU, 2005) o que não foi diferente com mãe de P3. Vale destacar, portanto, que a maioria das mortes maternas são decorrente de causas obstétricas, principalmente diretas, sendo evitáveis em sua quase totalidade. A identificação e implantação de intervenções efetivas na redução da mortalidade materna, durante o pré-natal e, preferencialmente, no parto, quando predominam as mortes, devem ser prioridades do governo e da própria sociedade. Muitas estratégias têm sido relacionadas para resolução do problema, incluindo adequado sistema de registro de nascimentos e mortes, a implantação dos comitês de mortalidade materna, o planejamento familiar, a assistência pré-natal, o uso de

tecnologias apropriadas, o atendimento profissional capacitado e a atenção institucional ao parto (ALENCAR, 2006).

Torna-se importante frisar que das 12 entrevistadas, nenhuma realizou o número mínimo de 06 consultas de pré-natal recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Entretanto, deve-se atentar para a tendência a identificar associação, muitas vezes, não existente entre maiores percentuais de inadequação da assistência pré-natal e prematuridade. É necessário então, corrigir pela duração da gestação qualquer medida de adequação da assistência ao pré-natal para ser avaliado corretamente os parâmetros de adesão a este atendimento (COIMBRA, SILVA, MOCHEL, ALVES, RIBEIRO, ARAGÃO, *et al* 2003).

Mesmo levando em consideração essa orientação, duas mulheres deste estudo não tiveram nenhuma consulta de pré-natal. A primeira relatou descobrir a gravidez após ser ferida por arma de fogo e pelas circunstâncias de internações e cirurgias não realizou o pré-natal, parindo quatro meses depois.

Eu não sabia que estava grávida, tomei um tiro, também lá onde eu moro, aí fiquei internada e eu grávida dele, internada, fiz cirurgia, passei pela sala de raio X, todas as coisas que não poderia ter feito, porque eu tava grávida (P6)

Outra mulher mencionou recusar às consultas de pré-natal devido à demora na espera das consultas e a falta de apoio da mãe.

Foi complicada a gravidez entende? Eu? pré-natal? Eu num ia mesmo de vagabundagem. Eu? Esperar para ser atendida? Minha mãe falava: 'é... eu tive vocês e nem preciso consulta'. Percebo que é porque ela não queria me acompanhar...pô! Na verdade...na real...num tava afim. Me arrependo? Sim...né? Porque aí quem sabe eu tivesse descoberto a pressão alta nas consultas...né? Caí e estava com a pressão alta. Quase morr, quase morre também (P11)

Essas situações que podem estar relacionadas às dimensões culturais e as estruturas sociais das mulheres eventualmente dificultaram a adesão ao pré-natal e conseqüentemente a classificação de risco gestacional com encaminhamentos para unidades especializadas.

Em relação aos riscos sociodemográficos desfavoráveis, onze mulheres apresentavam baixa escolaridade, duas alegaram tabagismo e etilismo durante a gravidez; uma possuía situação conjugal insegura e uma declarou situação de estresse familiar pela pressão para abortar.

A minha tia, quando eu tava grávida dele, virou pra mim e falou assim: 'eu te levo na clínica pra tirar e pago' (pausa). Eu tava com seis meses (P5)

Porque eu cheguei no hospital, lembro até hoje quando eu entrei, eu vim agredida (P2)

Através desses depoimentos entende-se a duplicidade de riscos a que as mulheres estavam expostas. Primeiramente os riscos biológicos quando diagnosticado em P5 hipertensão arterial e infecção do trato urinário e em P2 oligodrâmnio e infecção por Citomegalovírus, acumulado aos riscos relacionados a condições sociodemográficas desfavoráveis, incluindo situações de estresse pela falta de apoio familiar e episódio de violência física por parte do companheiro.

O tipo de estressor vivido por P2 pode comprometer não somente o período gestacional, mas toda sua vida. Após desligar o gravador perguntei se havia denunciado o agressor, e segundo ela, não houve a denuncia por ele sustentar seus filhos e por se sentir a “provocadora” do ato.

Percebo que, muitas das vezes, as próprias crenças sociais são tolerantes e mantenedoras da dominação masculina perante a mulher, fazendo com que o comportamento do agressor seja justificado e perdoado, e a culpa pela agressão recaia sobre a mulher, vítima e dependente financeiramente do homem. (BRASIL, 2002).

Apesar de P2 ter parido prematuramente com 29 semanas e dois dias, possivelmente por conta dos riscos de características biológicas, a associação aos riscos de condições sociodemográficas desfavoráveis caracterizados pelos sintomas depressivos durante a gestação, também pode ter contribuído para com o componente da prematuridade.

Eu com depressão não queria mais comer! Fiquei estressada, (...) teve um tempo que eu fiquei com raiva por estar grávida dele, falei: 'ah...num quero tá grávida do filho desse cara, esse cara me quer me matar e ainda bota um filho dentro de mim? Esse filho quer me levar para o cemitério junto com ele (...)Eu já tava saindo de mim mulher e colocando culpa numa criança que nem tinha nascido ainda! Se eu já estava sofrendo...imagina ele? (P2)

O depoimento de P2 não foi único. Houve outra mãe que também demonstrou estado depressivo durante a gravidez. Destaca-se que ela citou esses sentimentos envolvida em contexto desfavorável do uso de drogas lícitas como o álcool.

Eu queria me matar, depois da gravidez, eu só pensava em morrer, (...) tudo para mim era morrer! Na hora do parto? Eu tava apelando para morrer! Que Deus me leve! (...) era um domingo...eu num tinha almoçado, tomado café da manhã..não

tinha nada! Fui lá para baixo, para casa de um amigo meu, fiquei bebendo aí, subi para casa, 3 e pouca da manhã meu marido chegou... aí eu já tava sentindo dor. Foi aumentando(...)aí tipo assim, minha pressão já alta, ia me dá eclampsia (P5)

Segudo Fonseca, Silva e Otta (2010) o estresse materno pode ser relacionado a depressão durante a gravidez e está associada a eventos de vida negativos, pouca adesão ao pré-natal, incluindo má nutrição e hábito irregular de sono. Importante frisar que as duas mulheres identificadas com estado depressivo o pico dos sentimentos da doença, tais como tristeza profunda e vontade de morrer, ocorreu momentos antes do parto.

Entretanto, ainda não existem maneiras de prevenir a depressão materna durante a gravidez ou no pós-parto, mas a identificação de fatores de risco pode e deve ser feita na primeira consulta da gestante. Algumas poucas perguntas simples durante a visita do atendimento primário poderiam ser eficazes para identificar mulheres em risco. Essas perguntas devem inquirir sobre o histórico psiquiátrico pessoal e familiar, em particular sobre hábitos de tabagismo e etilismo (ZINGA, PHILLIPS, BORN, 2005).

O consumo de álcool e cigarro também foi relatado na narrativa de vida de P11. Ela alega ter sido gestante displicente com a sua gestação, talvez pelo fato de ter sido uma gravidez indesejada, citando inclusive que pariu bêbada. A totalidade deste acontecimento torna o contexto ambiental desta mulher reflexo da sua visão de mundo. “Ser doida” significa no seu contexto cultural o descuido com a sua saúde e do seu filho.

Primeiro porque não tava a fim de ser mãe agora né?(...)Mas eu era doida...doida...mesmo. Fumava...bebia mesmo sabe? Acho que até tive ela bêbada (P11)

É relevante destacar que as mulheres que apresentaram depressão durante a gravidez ou relataram o consumo de álcool e cigarro, não tiveram ou tiveram apenas uma consulta de pré-natal.

A partir destes dados fica evidente que o adequado acompanhamento no pré-natal deve incluir o acolhimento da mulher desde o primeiro contato com a unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias e garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde, inclusive com profissionais de saúde mental, que devem ser habilitados para intervir nos casos individualmente, assegurando a continuidade da assistência (BRASIL, 2006; DURÃES-PEREIRA, NOVO, ARMOND, 2007).

Talvez se essas três mulheres tivessem sido acompanhadas de maneira adequada desde o primeiro trimestre gestacional, os riscos gestacionais, tanto biológicos, quanto os relacionados as condições sociodemográficas desfavoráveis poderiam ter sido minimizados e o fator prematuridade poderia ter sido evitado.

Dentre as entrevistadas podemos considerar que P1 foi uma das mulheres que obteve pré-natal ‘completo’, se relacionarmos a idade gestacional (24 semanas) e o número de consultas realizadas (quatro). Apesar de relatar ser a primeira vez que sentia uma contração, possivelmente conseguiu identificar esse sinal através das orientações adquiridas no atendimento ao pré-natal, dado que são consideradas atribuições do profissional no momento do pré-natal o fornecimento, para alívio da ansiedade da grávida, esclarecimentos antecipatórios sobre a evolução da gestação e do parto: contrações, dilatação, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa, facilitando para as mulheres a identificação dos sinais e sintomas do trabalho de parto (BRASIL, 2006).

Eu não sabia que eu estava com contração, da minha filha eu não tive contração, eu entrei em trabalho de parto, aí eu comecei a me dar conta em casa, que de 5 em 5 minutos começava a aumentar, aí eu para o meu marido: ‘Eu acho que isso é contração’ me leva para o hospital (P1).

Ao se dirigir para o hospital confirmou-se amniorrexe prematura e iminência do parto prematuro com feto de 24 semanas de idade gestacional, mas os profissionais a orientaram buscar outro local com maior possibilidade de suporte de vida para ambos, já que a instituição estava passando por reformas. Entretanto, ela pariu no local a espera da ambulância e do médico para o transporte seguro.

Aí eu fui, aí quando eu cheguei lá, que me consultaram, aí falaram, você está em trabalho de parto, vou tentar pedir transferência para o Y. que aqui a gente estamos em obra, (...) aqui não tem como você ter um bebê prematuro de 6 meses. Aí ficaram nessa briga, tenta ambulância, a ambulância não chega a tempo, num chega médico, não tem UTI se o bebê nascesse no caminho, aí não deu tempo, tive que ganhar o bebê lá. (...) Aí enquanto eu tava lá todo mundo em cima do bebê e pedindo ambulância: ‘vai morrer! Se não chegar, vai morrer! Precisa de ‘intubamento’ e não tinha (P1)

É recomendável pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) que diante da indicação de internação da gestante com possibilidade de parto prematuro, o ideal é que na instituição haja leitos especializados para neonatos. Em situações onde não existem recursos para o tratamento do recém-nascido de risco, seja ele prematuro ou recém-nascido gravemente enfermo, está indicado o transporte imediato para unidade de maior

complexidade. Porém, existe hiato entre os direitos sociais constitucionalmente garantidos e a efetiva oferta de serviços de saúde no país.

Esta foi uma das cinco mulheres que pariram prematuro extremo. Seu filho tinha apenas 24 semanas e pesava 810g. Das outras mulheres do estudo seis tiveram parto prematuro moderado e apenas uma o parto prematuro foi considerado limítrofe.

Independente destas classificações o nascimento prematuro significa passar de maneira muito abrupta do ambiente aconchegante e seguro, o útero materno, para outro extremamente agressivo e novo, o meio externo, trazendo à luz tanto recém-nascido (RN) prematuro, quanto pais prematuros, tornando o evento especial em potencialmente traumático (SANTOS, MORAES, VASCONCELOS, DE ARAÚJO, 2007).

Apesar de cada nascimento pré-termo ter narrativas diferentes a ser compreendida, percebeu-se singularidades entre elas, principalmente quando as mães consideram a situação difícil, desconhecida e angustiante, inclusive um pai, que citou o nascimento prematuro como ‘baque’ para toda família.

Foi a coisa mais angustiante da minha vida, porque foi difícil ele nascer antes da época né? Um estresse porque não era para nascer naquela hora (P1)

Foi um baque muito grande para mim... não só para mim... para a família toda!(P3)

Leininger (2006, p. 15) cita que a “totalidade de um acontecimento é o que confere sentido as expressões humanas”. Entendo que a expressão humana do nascimento antecipado é culturalmente relacionada ao nascer “faltando alguma coisa”. Esta relação ainda é mais forte quando se, através do contexto cultural de outras mães, elas descobrem a possibilidade da doença ou da deficiência do nascido prematuro. Isto porque os padrões culturais desejados de saúde, que fazem parte do contexto ambiental da mulher, podem se inter-relacionar com contexto ambiental daqueles que estão próximos, causando ainda mais ansiedade.

Eu acho assim que tem crianças prematuras que são muito problemáticas né? Por exemplo, imagina se ele fosse surdo e mudo? Seria mais difícil pra mim, ia ser mais difícil pra ele também. A moça que olha eles, olha a dificuldade que eu to falando, a moça que olhava ele tem um filho surdo e mudo e a nora teve um neném! O neném não é surdo e mudo, mas o neném sofre, por que que o neném sofre? Porque o neném não vai aprender nunca a falar com os pais, porque os pais não falam, então como ele chama atenção? Gritando. Entendeu? Imagina se eu tivesse um filho surdo e mudo? Ia ser difícil né? Ou então se eu tenho uma criança que tem problema de coração ou deu problema de respiração? (P9)

Estes medos podem fazer parte da experiência da mulher que pariu prematuramente, e que muitas vezes, pode ser diferente da experiência daquela que tem parto a termo. Primeiro porque culturalmente espera-se que o recém-nascido chore ao nascer e logo em seguida seja colocado em seu colo. Mas, eventualmente a experiência particular da prematuridade confere outro sentido à expressão de se tornar mãe, como aconteceu com P12. Ao invés de escutar o choro e tê-lo ao seu colo, o nascimento foi marcado por procedimentos de suporte à vida do recém-nascido, considerado por ela como horrível.

Tiveram que intubar na minha frente... vi tudo. Ohh foi horrível! Eu vê aquilo tudo! Porque eu espiava né? Queria saber onde meu brotinho estava indo...(risos)(P12)

Com esta narrativa se percebe que além da situação particular no pós-parto do prematuro ter provocado impacto, aumentando o nível de medo e insegurança, o momento de separação entre o binômio, devido à necessidade de cuidados intensivos no bebê, foi do mesmo modo desgastante. Brum e Schermann (2007) nos fazem refletir quando citam que esses dois tipos de situações podem provocar angústia materna, pela incapacidade, muita das vezes, de cuidar do filho e relacionar-se com ele.

A ansiedade por não ficar perto do filho após o parto também foi narrada por P9 que conseguiu descer se “arrastando” três dias depois para ver o filho na UTIN. Para P5 que estava em estado depressivo, ver e estar perto do filho era ainda mais importante, pois somente após esse contato conseguiu desenvolver mecanismo capaz de lutar contra a vontade de morrer.

Ele nasceu tal, já desceram com ele já, depois eu não vi ele mais. Ai isso foi na 5ª feira. Na 6ª feira não me deixaram descer para tomar banho, doida pra ver ele (...). Mas no sábado eu descí me arrastando (P9)

Porque... a vida para mim não tinha razão e depois eu tive ele...(...) Assim antes de eu ter visto ele era só querer morrer, tipo assim, eu tive ele na segunda, fui ver ele na terça a noite! Porque tiveram que descer correndo com ele para o CTI (P5)

O afastamento repentino entre mãe e filho, associado às condições frágeis do bebê, podem suscitar na mãe a preocupação do seu filho ser roubado da UTIN, aumentando a apreensão não somente ao aspecto biológico da criança, mas relacionado também a sua segurança. Apesar das mães terem livre acesso durante o dia e noite no setor (9h às 22h) elas não podem permanecer durante a madrugada confiando seus filhos aos profissionais de saúde. Não podemos deixar de considerar que as mudanças tecnológicas e a rapidez com que as informações são reproduzidas também representam

fator associado a angústia das mulheres-mães em consequência delas conhecem notícias de roubos de crianças nos hospitais do país através da televisão, jornais escritos e internet, abrindo leque no imaginário delas quando seus filhos não estão sob sua vigilância.

E eu com a cabeça 'ai meu Deus meu filho tá lá' tanto acontecimento passa na televisão que criança some, que rouba criança, entra um enfermeiro, enfermeiro vestida de médico para fingir ser médico entendeu? (P6)

Sabe aquelas enfermeira que rouba criança? Acho que virei mãe naquela hora. Igual minha mãe fala: 'Quando você virar mãe vai virar leoa'. Claro que eu queria vê a cara da pessoa! E se depois tivesse que fazer retrato falado? E eu queria lembrar da cara de quem levou minha filha. (P12)

Talvez se fizesse necessário que o enfermeiro da UTIN, por ser um dos profissionais que recebem este neonato na unidade, fosse comunicar a mãe, que seu filho já estava sendo esperado, que o hospital possui equipe de profissionais que o examinarão, e que ele poderá ficar dentro da incubadora ou em berço aquecido, sendo monitorado, inclusive esclarecer sobre a rotina durante o período da madrugada, talvez esse simples ato pudesse diminuir a insegurança e a ansiedade materna, como recomenda Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Este seria o momento em que a enfermagem realizaria um dos cuidados mais relevantes no momento: o acolhimento desta mulher-mãe e sua família, devido o cuidado ser mais do que fazer ou realizar tarefas de ação física, como aborda Santos (2009), ele tem significados culturais e simbólicos, tais como proteção, respeito e presença (LEININGER e MCFARLAND, 2006, p.12).

O acolhimento também deve estar presente no momento do primeiro contato da mãe ou pai com o filho na UTIN, isto porque, aqueles podem se encontrar ansiosos a respeito da saúde do filho, preocupados com a formação de todos os órgãos, e muitas vezes, mostrando-se desacreditados em relação à sobrevivência da criança. Neste momento a enfermeira deverá realizar empatia e ajudá-los no processo de entendimento do que está acontecendo, conversando sobre as possibilidades de recuperação. Fleck (2011) afirma que o cenário composto de luzes, aparelhos, fios, alarmes e ruídos da UTIN, possivelmente produzem incertezas e insegurança familiar, como narrado por duas mães e um casal.

(Pai) Para mim...de início foi um choque sabe?

(Mãe) Eu também...você acha que não vai...Passar de uma semana

(Pai) Não vai agüentar! Comecei a chorar, chorar, chorar (...)"

(Mãe) Quando eu vi a primeira vez eu imaginei que ela não ia aguentar! Você assim...quando ela fez cocô a primeira vez eu comecei a rir, assim feliz! Como se diz assim...tá funcionando! Porque você acha que não funciona, você não sabe se tá feito, se deu tempo de acabar de formar” (P10)

“Quando eu cheguei que eu vi ele, ai meu Deus, me dá uma agonia.(...) Porque tu vê aquele nenezinho magrinho, só tinha cabelo e cabeça, né?(P9)

Quando eu cheguei lá em baixo que eu vi, quase que eu desmaiei em cima da incubadora, porque ele era todo intubado... (P2)

O acolhimento também trata da capacidade de solidarizar-se. A solidariedade é a habilidade de compartilhar, é laço ou vínculo recíproco de pessoas ou coisas, que promove adesão ou apoio a causas sociais que envolvem grupos (HAYAKAWAI; MARCONI; HIGARASHI; WAIDMAN, 2010). Este tipo de envolvimento pode significar a possibilidade da redução do estresse emocional dos familiares, principalmente do pai e da mãe que tem seus filhos hospitalizados. Foi importante para casal P10 as palavras de apoio que o médico da UTIN utilizou na tentativa de acalentá-los, fazendo-os enxergar as características positivas na situação de saúde da filha. Outras mulheres através das suas experiências particulares puderam ajudar P9 a amenizar as incertezas acerca do que ela estava vivendo, fazendo-a perceber que não era a única nesta experiência.

O médico perguntava: ‘Você está chorando por quê? Poxa...nem remédio está usando e tal...ela ta bem, cara, super tranquilo!’(P10)

Então tive apoio também de outras mães que estavam lá que me viam chorando... Porque você fica chorando né? De ver seu neném ali oh, será que ele vai melhorar? Será que ele vai logo pra casa? Tão magrinho né?(P9)

Outra forma de diminuir a ansiedade e dúvida das mães e pais em relação à saúde do filho internado na UTIN é colocá-los no centro do cuidado, envolvendo-os nas rotinas das atividades do seu filho. A enfermagem por pertencer à linha central do cuidado pode ajudá-los a se adaptarem e se ajustarem no ambiente da UTIN, isto inclui acompanhar o período de estranhamento materno e perda do filho imaginário até a familiarização com a equipe da unidade. Talvez se o apoio, oportunidades de cuidado e aproximação profissional tivessem ocorrido com P4, sua insegurança e medo de atrapalhar o serviço especializado teria sido minimizado.

O doutor ia deixar eu ficar aqui mais tempo sendo que eu pedi para ele, para eu ir embora porque eu num aguentava ficar naquela ansiedade toda, de tá lá com ele e ao mesmo tempo com medo de tá atrapalhando as enfermeiras (P4)

O querer se distanciar também poderá estar relacionado às novas regras de comportamento impostas pela rotina da UTIN, relacionado à prevalência do cuidado *etic*, como cita Santos (2009). Primeiramente ao entrar no setor existe o ritual: guardar os pertences, retirar os adornos, lavar e passar álcool a 70% nas mãos para depois se aproximarem do leito do bebê. Estes atos, muitas vezes, não fazem parte da visão de mundo do *ser* mãe, possivelmente elas nunca imaginaram precisar seguir rituais para se aproximar do filho. Estas mudanças de comportamentos necessárias associado à observação do trabalho de enfermeiras e outros membros da equipe da UTIN pode gerar inseguranças maternas e eventualmente sentimentos de incapacidade para maternagem.

Suponho que estes aspectos colaborem, na maioria dos casos, para que o cuidado profissional (*etic*) relacionado às regras, rotinas e à tecnologia dura presente na UTIN se sobreponha ao cuidado materno (*emic*) nas instituições hospitalares. Evidente que não se pode descartar a importância dos cuidados técnicos, mas algumas mães, ao não serem aproximadas dos seus filhos, podem se sentir desnecessárias naquele cenário, e por isto acabam por se afastar deles, e na maioria das vezes, só ouvem falar das experiências da equipe com seus filhos.

E lá no hospital falaram para mim que ele gostava de banho. (...)Ele estava acostumado dentro da UTI, ele conhecia mais as vozes das pessoas que estavam dentro da UTI, conhecia a minha também, mas não tão frequentemente porque eu não ficava com ele dentro da UTI (P2)

Entretanto, é na tentativa de aproximação com as mães que a enfermagem deve assumir duas posições: a de trabalhador da saúde e de educador. Apesar de P2 já ter outros dois filhos mais velhos, o enfermeiro através da abordagem holística deve ser capaz de identificar as vulnerabilidades maternas, independente de quantos filhos ela já teve ou cuidou. A assistência de qualidade a esta mãe e bebê deveria incluir a reorganização da assistência para aproveitar os curtos períodos em que a mãe está presente na UTIN para envolvê-las no cuidado.

Talvez se fizesse necessário ‘quebrar’ a rotina para adequação aos horários maternos. Se a mãe puder somente estar à tarde, então o banho poderia ser programado para este período do dia, entendendo que a sua participação seria exercício de (re)conhecimento e ligação afetiva. Segundo Gorgulho (2009), o enfermeiro precisa assumir o papel de mediador, tornar esse recém-nascido interessante para sua mãe, assim como fazer com que a mãe seja uma pessoa familiar ao filho.

Observa-se a enfermagem como mediadora quando contato mais próximo foi oferecido ao casal P11 através da posição canguru. Cabe destacar aqui que a equipe de enfermagem inicia o processo de orientação para a posição canguru à medida que o bebê tem seu quadro clínico estabilizado, mas apesar disso P11 (mãe) cita que não se sentia segura para colocar seu filho no colo.

(Pai) Aí aprendi, as enfermeiras me disseram que era bom sabe? Do contato com a pele da gente mas ela não queria.

(Mãe) Não! Não era que não queria... parecia que ia quebrar...e...

(Pai) Aí em relação a ficar com ela né? Aí tive que raspar o peito...tive até que pedir dispensa no serviço sabe? É aí eu fiquei com ela muito. Melhor coisa (P11)

Culturalmente a histórica divisão social de papéis entre homens e mulheres, vem sofrendo alterações. Com a narrativa do casal P11 percebe-se que não cabe somente abordagem participativa materna no cuidado ao prematuro no âmbito hospitalar, visto que os pais sentem, na maioria das vezes, a necessidade de cuidar e sentimentos de prazer neste processo.

Todavia, para incluir a participação deles nos cuidados, é necessário primeiramente incorporar na prática clínica a visão ampliada de família como sistema complexo em mútua interação, todavia isto demanda a articulação de estratégias por parte dos profissionais de saúde, como a experiência da doença e hospitalização de um de seus membros afeta a sua integridade e funcionamento como um todo (SANTOS, SILVA, SANTANA, SANTOS; 2012).

Contudo, a visão ampliada de família ainda é considerado desafio nas unidades onde a presença culturalmente aceita é a da mãe. O pai em muitas instituições hospitalares é visto como visita rápida após o seu expediente de trabalho. No entanto, a narrativa de vida de P3, que perdeu sua esposa no momento do parto, mostra que ele foi questionado por profissionais da UTIN por conta da sua longa permanência dentro do setor. O incômodo dele foi maior quando interrogaram sobre sua vida profissional e relacionaram-na com a perda da guarda da criança. Esta foi uma narrativa de vida muito particular, pois sua esposa havia evoluído a óbito no momento do parto.

Eu até falei assim, nem que ele fique internado aqui seis meses, mas eu vou ficar aqui com ele, aí falaram: 'não, você num precisa trabalhar? Não importa a mãe me dá dinheiro lá, eu cuido dele aqui, o negócio é ficar perto dele, num importa nada.' 'Ah, mas podem te tomar ele!' Tomar por que? Porque eu tô cuidando do meu filho no hospital? Num podem, e é verdade, porque eu procurei saber, eu conheço, no momento que tava

atrás da justiça, tava tentando saber, tudo que eu podia e que num podia, aí a justiça falou que nunca, que em hipótese alguma poderiam tomar de mim, nem a família, porque como eu sou um pai vivo, estou à par de tudo (P3)

Após conversar com a médica sobre esta entrevista ela relatou que este pai era de difícil relacionamento dentro da UTIN e questionar sobre o seu trabalho foi uma forma de desviar a atenção dele do problema. O relacionamento difícil se dava por ele não acreditar que esforços estavam sendo feitos para o estabelecimento da saúde do seu filho, posto que ele referia que seu filho tinha alergia ao leite oferecido. Segundo a médica, não havia alergia ao leite, as complicações por ele questionada era devido os componentes da prematuridade.

Achando que ele ia morrer, eu achei que ele ia morrer, ele tava num estágio de declínio, tava ficando pálido e gelado, no período que tava tomando leite. Quando falei pra mudar o leite, não importa qual leite seja, vai muda o leite (P3)

É importante ressaltar que os julgamentos incessantes, através da censura dos olhares da equipe de saúde e conversas sem fundamentos, podem intensificar ainda mais o temor e a situação de estresse, como ocorreu neste caso. O diálogo profissional poderia esclarecer sobre as atitudes tomadas (*etic*) e minimizar a ansiedade em relação ao que ele achava que era seria o certo (*emic*), neste caso, a troca do leite.

A presença paterna na unidade neonatal não deve ser somente permitida ou tolerada, mas deve ser valorizada pela equipe como importante para a continuidade da vida da criança após a alta. Portanto, deve-se aproveitar esta oportunidade para sensibilizar sobre sua importância para seu filho, proporcionando o diálogo e permitindo a escuta sensível para suas reais necessidades. É importante também, estimularmos o cuidado paterno assim que a criança se estabilize, a fim de que o pai desenvolva o mais precoce possível sentimentos de segurança e confiança para também cuidar deste ser tão diferente (ZVEITER, PROGIANTI, 2006).

Analisando as outras narrativas de vida, nenhuma mãe explicitou que cuidaram de seus filhos na UTIN. Isto aconteceu possivelmente por não acharem importante relatar os *seus* cuidados para com *seus* filhos no período de internação ou por terem se sentido mera expectadoras do processo. Sinto que algumas mães delegaram total responsabilidade a equipe, por considerar o cuidado profissional (*etic*) somente o responsável e capaz de manter o filho saudável.

Cogita-se então que a valorização do cuidado *etic* em detrimento do *emic* pode ser fator preocupante na formação de vínculos entre mães e filhos, prejudicando o

desenvolvimento futuro das crianças. Pesquisas realizadas por Brum e Schermann (2004) revelam que a qualidade da interação inicial e precoce entre mãe-bebê é importante fator mediador entre os eventos perinatais e o desenvolvimento sociocognitivo da criança.

Colaborando com estes achados Araújo, Rodrigues, Rodrigues (2008) citam que bebês privados dos cuidados maternos, em sua maioria, manifestam retardo no desenvolvimento físico, intelectual e mental deixando, frequentemente, de sorrir para o rosto humano e de reagir diante de brincadeiras, mostrando-se inapetentes e sem iniciativa. Outros sintomas como depressão leve, atraso na fala, no desenvolvimento da linguagem e do raciocínio abstrato são detectados. Quando adultos, podem se tornar pais com dificuldades para cuidar de seus filhos, sendo este círculo vicioso o aspecto mais sério do problema.

Entretanto, estimular a aproximação deve ser feito com cautela para que não haja imposição, como foi sentido por P11(mãe), que se sentiu obrigada a ficar com o filho no colo. A recusa não deve ser considerada anormal, mas sim previsível, respeitando a singularidade materna de enfrentar a situação.

*Mas acho que, por exemplo, eles achavam que eu era...sabe?
Obrigada a ficar com a S. o dia né? Sabe...o dia todo no colo.
Pô! (P11)*

Acompanhar a criança internada é direito garantido através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA-Lei nº 8.069/90), mas não um dever. Isto deve ser respeitado, sendo que a mulher pode reagir de diferentes formas a situação de tensão ou devido suas intensas dinâmicas familiares.

Por outro lado, P8 narrou que apesar de não poder acompanhar seu filho integralmente, sentia que sua presença na UTIN seria importante para a recuperação dele. Ela descreve que conversava e tocava timidamente sua mão. Segundo Scarabel (2011) a conversa e o toque são os contatos que mais predominam, pois atenua a sensação de separação mãe-filho. O recém-nascido não é capaz de entender o significado do que está sendo expressado, mas reconhece a melodia e os sentimentos que estão sendo expostos pela voz.

É também concluído por Scarabel (2011) que o contato materno com a pele do filho é da mesma forma importante para que ele possa sentir que existe toque carinhoso e sem dor, já que na maioria das vezes os recém nascidos são tocados pela equipe para administração de medicamentos, coletas de sangue, entre outros procedimentos dolorosos e impessoais.

Foi muito importante a recuperação dele por causa disso. Eu chegava e botava minha mão na mãozinha dele e falava ‘mamãe ta aqui, mamãe vai subir, mas a mamãe daqui a pouco volta para ver você, mamãe esta perto de você tá?’ (...). Para mim foi fundamental, assim, o amor. Eu até brinquei com um enfermeiro, eu falei: ‘se amor faz crescer, ele vai ficar gigante!’ Porque ele, eu tenho muito amor, muito carinho e isso que eu acho que a criança sente, porque ninguém me conhece melhor do que ele, que ficou dentro de mim, sentiu meus batimentos (P8)

Percebo com esta fala que esta mãe se revestiu de grande emoção em poder estar em contato com seu filho na UTIN. Ela sentiu, mesmo após ter parido prematuramente, que a vida saiu do seu ventre e que seus batimentos cardíacos estavam unidos por terem sido um só. Creio que esta mãe considerou seu amor (*emic*) uma das terapêuticas mais importantes que seu filho recebeu, por acreditar que por conta disso, a recuperação dele foi *muito* rápida.

Surgiu também durante as entrevistas lembranças em relação ao estímulo da enfermeira à amamentação, o qual foi sentindo por P9 como obrigação, apesar de haver o desejo de amamentar.

Outras mães conseguiam tirar o leite e eu não conseguia...E aí eu chorava, as enfermeiras ficavam assim: ‘Não, vai tentando...’ Porque elas obrigam você a ter leite! Você tem que ter leite de qualquer jeito! E eu ficava mais nervosa ainda num tinha, e fiz cirurgia de mama e nem dele (aponta para filho mais velho) eu tive leite...então só tem tamanho e só sai aquela coisinha de 5ml?(P9)

Apesar de não possuir a vivência de amamentação do seu outro filho, não foi fácil aceitar que também não poderia oferecer seu leite ao RN, principalmente quando ela observava que outras mães conseguiam tirar leite. Padoin, Terra e Souza (2011) discutem que no momento em que a mulher percebe que não poderá amamentar, é como se seu papel de mãe fosse menos importante do que de outras que podem amamentar seus filhos, já que culturalmente o ato de nutrir o filho determina a plenitude do envolvimento do binômio.

É importante lembrar também que a ejeção do leite depende da liberação do hormônio da ocitocina, que no caso de P9 pode ter tido a produção diminuída pelas situações de estresse. A primeira por ter seu filho internado na UTIN e a outra por se sentir obrigada a ordenhar as mamas pela enfermeira do Alojamento Conjunto, tornando-se mais angustiante quando não conseguia retirar a quantidade de leite que considerava suficiente. A ocitocina como cita Gorgulho e Pacheco (2008) torna-se

dimuída frente ao estresse, o medo e a falta de confiança da mulher em conseguir amamentar com êxito.

Observa-se que no senso comum está enraizado que o cuidado primordial da mulher no período de puerpério é o aleitamento materno, porém Leininger (2006) nos faz refletir sobre o cuidado culturalmente congruente nas questões que envolvem a maternagem e a amamentação, principalmente porque amamentar é questão de escolha da mulher.

Desta forma, as enfermeiras precisam apreender as questões culturais e sociais para poder ajudar as clientes a manterem o bem-estar dentro da perspectiva cultural e isto significa discutir com a mulher sobre suas escolhas em relação a nutrição do seu filho, principalmente quando ela sente dificuldade em amamentar, permitindo assim que ela possa expressar seus anseios, direcionando-as para cuidado individualizado, evitando constrangimentos.

Isto porque na dimensão cultural de P9 o aleitamento materno cruzado é atividade popular comum. Ao expressar indignação por não poder realizar tal prática, percebe-se conflito entre o cuidado *etic* e o cuidado *emic* na prática da amamentação.

Você sabe que tem uma lei que não pode tirar o leite de outra mãe para dar pro seu neném? Coisa que lá roça onde eu morava era...direto isso! E aqui não pode! (P9)

De fato o aleitamento materno cruzado é proibido pelo Ministério da Saúde devido os riscos à saúde em que a criança está exposta ao receber leite materno do seio de outra mulher. Apesar disto Nogueira (2009) aponta que pesquisa realizada em maternidade do interior paulista para estudar conhecimento e opiniões quanto ao aleitamento cruzado entre puérperas, mostrou que apesar de todas desconhecerem o termo aleitamento cruzado, das dezessete puérperas entrevistadas, quinze concordaram em amamentar outro bebê e dezesseis concordaram que seu bebê fosse amamentado por outra mulher. Estes resultados nos remete a preocupação contemporânea, uma vez que o aleitamento cruzado é uma prática cultural e há o desconhecimento por parte de muitas mães sobre os riscos do RN em contrair infecção pelo leite materno, principalmente pelo *Human T lymphotropic virus* (HTLV) e pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Em vista disto, para que haja repadronização do cuidado cultural, a enfermeira e a equipe multiprofissional deverá se preocupar primeiramente com a formação de vínculo com esta mãe. Atitudes não preconceituosas poderá colaborar para que o cuidado seja benéfico e confiável para ambas. Através de orientações embasadas no

contexto científico (*etic*), a mulher poderá ser esclarecida, sem se sentir tolida culturalmente, e assim haver a negociação e repadronização em relação a alimentação da criança prematura quando existe a impossibilidade de amamentar (NOGUEIRA, 2009).

A negociação e repadronização que pode ser sugerida à esta mulher que deseja nutrir seu filho com leite materno é oferecer os serviços do Banco de Leite Humano. Estes representam solução de eficácia comprovada para grupo seletivo de lactentes que não dispõem de aleitamento ao peito de suas mães e dependem prioritariamente de leite humano e/ou do colostro para a sua nutrição. Neste país os Bancos de Leite atuam em ampla escala, coletando anualmente cerca de 5.000 litros/milhão de habitantes, com o objetivo principal de alimentar prematuros (NOGUEIRA, 2009).

Atualmente existem no Brasil mais de 100 bancos de leite e hospitais credenciados como “Amigo da Criança”, pela Organização Mundial da Saúde. Em poucos estados do Brasil eles ainda não foram estabelecidos (NOGUEIRA, 2009). No caso de P9 que reside no município do Rio de Janeiro, ela poderia ser cadastrada no Banco de Leite do Instituto Fernandes Figueiras.

Ainda em relação ao contragimento em ver outras mulheres amamentando e com seus filhos próximos também foi relatado para P10.

Lá (Alojamento Conjunto) geralmente as mães ficam te olhando esquisito porque todo mundo tá com o filho na mão né? Então ninguém entende nada (P10)

O ambiente vivenciado pela puérpera, principalmente se ela se encontra no Alojamento Conjunto, local onde se incentiva a prática da amamentação, pode intervir nos seus sentimentos maternos e os intensificar de maneira negativa. Isto associado ao longo período de permanência em ambiente inóspito, sem conforto e com rotina massificadora, P10 mesmo se sentindo culpada, pediu para ir embora.

Como eu me culpei por não estar aguentando mais. A rotina do hospital. Você não ter a sua vida! Porque aqui eu tive que excluir minha vida lá de fora, pensar só aqui dentro. Até porque pelo motivo você fica mais agoniada! Ele me deu alta e eu preferi ir embora. Foi um sensação muito ruim de eu ir embora, chegar em casa e não ter levado ela (P10)

A natureza dinâmica da dimensão cultural da mulher que está grávida não permite que ela saia da maternidade sem seu filho no colo. Isto pode intensificar ainda mais o sentimento de culpa, principalmente quando é ela que pede para ir embora. Talvez permanecer além dos seus limites físicos e psicológicos fosse o que P10 queria,

isto porque a construção dos valores culturais em torno da mulher impõe a obrigação de ser mãe antes de tudo. Antes do seu cansaço, antes do seu estresse, antes da sua vida. Ademais ressalta-se que na sua dinâmica familiar havia outra criança que dependia de seus cuidados.

(Mãe) *mas tinha a L., tinha que dar uma assistência a L.*

(L) *Eu ficava o tempo todo com minha tia. (P10)*

Neste momento da narrativa a filha de cinco anos do casal tentou demonstrar como sua vida estava organizada no período de internação da mãe e da irmã. Moreira, Morsch e Braga (2006) esclarecem que muitas vezes os pais acreditam que as crianças não estão ouvindo seus comentários por estarem brincando. Posteriormente, elas demonstram que não é bem isso o que acontece, aprontando algumas surpresas, como o ocorrido nesta narrativa. Por isso estes autores apontam a necessidade dos irmãos serem colocados a par do que está acontecendo, fazendo com que eles se sintam mais capazes de enfrentar tamanhas dificuldades e expressarem seus sentimentos.

A longa ausência materna no lar também foi sentida pelos dois filhos de P2. Um deles tinha oito anos e a mais nova tinha apenas dois anos. Eles foram deixados com a tia, mas a falta da mãe foi tamanha que o filho mais velho chegou a pensar que havia sido abandonado.

Aí eu fui embora sozinha, cheguei lá ela mandou eu subir para ver meus filhos. O A. já tinha crescido já né? A minha bela, cresceu, mas ela toda panfufa, toda gorducha...ela ficou me olhando...aí ele me agarrou: 'mãe eu te amo, mãe! Porque que você me abandonou? (...) E a minha filha não... minha filha não chegou perto de mim, ela demorou cerca de quase um mês para chegar perto de mim (...) ela num me olhava nos olhos (...). Então aquilo ali foi me destruindo (P2)

O meu único problema foi por causa dele (aponta para o filho mais velho) meu filho mais velho J. J. ficou... acho que ele sentiu muito sabe? Ele sempre foi fortinho sabe? Mas ele emagreceu rapidamente sabe? (...)E acho que até hoje ele sente uma coisa em relação a isso (P9)

Através destas narrativas percebe-se o quanto é necessário o acompanhamento dessas crianças pela família e pela equipe, quando são longos os períodos de internação materna. Possivelmente o filho de oito anos de P2, nestes dois meses, não foi esclarecido sobre o que estava acontecendo com sua mãe e irmão, tão pouco lhe foi informado que eles estavam no hospital.

O mesmo pode ter ocorrido com o filho de sete anos de P9, devido ela reconhecer no primogênito alguns comportamentos que podem ser reflexo do período

em que ela estava ausente. Estes comportamentos podem estar relacionados a distúrbio do sono, de alimentação ou as crianças podem se mostrar irritadiças e agressivas.

Moreira, Morsch e Braga (2006) citam que além do diálogo com frases curtas e linguagem objetiva, é também importante o cuidado com a rotina do filho no lar, procurando modificá-la o mínimo possível. Nem sempre tirar a criança de casa e mandá-la para casa de parente é a melhor opção. Poder ficar em sua cama, em seu quarto, junto aos seus brinquedos, faz com que continue existindo terreno conhecido. Caso não seja possível, como ocorreu com os filhos de P2, é relevante, conversar com a criança sobre essa necessidade e permitir que leve consigo brinquedos, roupas de cama e pequenos objetos de seu quarto para se sentir confortados nesta transição.

Apesar das tentativas de minimizar a desestabilização da família, o início do restabelecimento pode ocorrer quando a criança que nasceu prematura recebe alta hospitalar. A ansiedade por este dia é tamanha que uma das perguntas mais frequentes dentro da UTIN é sobre quando será a alta do bebê. Muitas vezes esta pergunta não tem a resposta desejada. As mães percebem que é momento imprevisível, pois depende do ganho de peso da criança, da sua capacidade de organização na respiração, sucção e deglutição e manutenção da sua temperatura corporal.

Quando foi de alta eu nem acreditei né? Porque assim...você não acredita que sobreviveu! Porque era apnéia, era não saber sugar para se alimentar, isso tudo (P12)

Assim a gente não tinha o tempo certo entendeu? Não tem como eles falarem para gente: 'Olha! Vai ser um mês!' Porque podia dela pegar peso rápido, como podia dela travar. (...)Aí a fono falou que já estava sugando bem e que podia ir. Aí nossa fiquei muito feliz!! Mesmo assim a gente vai embora com aquele medo, porque, aqui ainda tinha sonda, podia mamar (...) Não vai ter eles do lado, porque qualquer coisa que tava errado, começava apitar e eles estavam ali! (P10)

Os sentimentos predominantes em P12 e P10 mostram mistura de alegria e medo no momento da alta hospitalar, principalmente quando P10 narrou que era o momento *deles* sem a segurança da equipe da UTIN e dos monitores. Considero que o momento da alta é um dos eventos mais desafiadores para eles, pois é a oportunidade de crescimento pessoal e maturidade, representando talvez a chance de tornar-se novamente uma família.

Os enfermeiros devem atentar que os pais de filhos nascidos prematuramente necessitam de preparação para cuidar desses egressos com segurança no ambiente domiciliar. Em todos os hospitais, especialmente naqueles que assistem pacientes nas

diversas formações socioeconômicas e culturais, precisam se dedicar a essas diferenças nas suas abordagens educacionais (SCHMIDT, BESSA, RODRIGUES, ARENAS, CORRÊA, HIGARASHI, 2011).

A linguagem e a instrução devem ser consideradas nos planos de ensino. Instruir as famílias sobre o modo de cuidar de seus recém-nascidos prematuros ou doentes requer abordagem bem estruturada e documentada. Uma vez existindo organização e planejamento para a assistência no momento da alta, a enfermeira poderá utilizar vários meios informativos através da comunicação verbal e não verbal, como a demonstração de alguns procedimentos que, porventura devam ser realizados pelos familiares no lar (COUTO, PRAÇA, 2009).

Associado a isso, o serviço poderia criar folders informativos, manuais utilizando comunicação por pinturas e linguagem simples, com desenhos de mães executando a higiene corporal, estimulação visual e motora, técnicas de alimentação, dentre outros. Não se pode deixar de considerar que os materiais didáticos utilizados nas atividades de Educação em Saúde devem estimular a participação das mães no processo de aprendizagem, cabendo aos profissionais de saúde, que atuam na UTIN, incentivar a participação dos pais para que estes possam superar as dificuldades vivenciadas com o nascimento do seu filho prematuro (COUTO, PRAÇA, 2009).

Durante as entrevistas também percebe-se a valorização da equipe nos cuidados à saúde da mãe e do seu filho. Tanto no momento do parto, tanto no período de internação da criança na UTIN, as narrativas mostram agradecimentos aos profissionais pela competência e até mesmo pela compreensão que tinham quando não podiam estar no hospital, devido à dinâmica das suas vidas.

Eu conheci as enfermeira e as médica e acabei confiando né? Graças a Deus deu tudo certo. Porque lá todos os aparelhos apitam quando tá alguma coisa errada com seu filho. Tem que confiar na tecnologia também né? E sei que nem a noite eles dorme e ficam tomando conta das outras criança a noite toda (P12)

Quando eu não vinha, quando não dava para mim vim, eu ligava para cá, eles compreendiam, falava: 'olha hoje não dá, não tem ninguém para ficar com meus filhos' tinha problema dentro de casa aí eles compreendia (...) hoje em dia eu acreditei que eles foram verdadeiros amigo (P6)

A liberdade de ligar e falar com a equipe da UTIN também foi fundamental para P10. Mesmo após sua filha receber alta, ela continuou contatando com o hospital para tirar dúvidas e fazer os manejos necessários no domicílio.

Quando ela teve febre, quando ela ficou sem fazer cocozinho, porque eles deram o telefone e falaram que quando qualquer emergência podia ligar. Então assim, os primeiros dias tudo te assusta, você fica achando que é alguma coisa de mais... e essas vezes eu liguei para cá para perguntar (P10)

Estas narrativas demonstram o esforço da equipe em prestar atendimento humanizado e de qualidade mesmo após a alta da criança. Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 59)

“humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero”.

Por meio deste conceito reflito que humanizar é muito mais do que tratar a pessoa bem e com qualidade é vai além de ter aparato tecnológico. Humanizar significa cuidar da pessoa na sua individualidade, respeitando sua dinâmica de vida, seu contexto cultural, sua visão de mundo, valores e crenças pessoais. A condição da prematuridade requer que tenhamos a sensibilidade de perceber isto, já que a enfermagem da UTIN não tem somente a responsabilidade com a criança internada, mas sim com a sua família, especialmente com as mães e pais que se “internam” junto com o seu filho, carregando consigo todo um contexto cultural envolvido nas suas experiências, que não devem ser desvalorizados em detrimento do cuidado profissional, mas sim reconhecido para que laços de confiança sejam criados.

2ª SUBCATEGORIA ANALÍTICA: A Estrutura Sociocultural dos Pais e o Desenvolvimento Infantil do Egresso de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

O desenvolvimento infantil, nas últimas décadas, em termos mundiais, tem sido tema de interesse, como resultado do aumento constante da sobrevivência infantil e do reconhecimento de que a prevenção de problemas ou de patologias exerce efeitos duradouros na constituição do ser humano, principalmente naqueles que nasceram prematuramente e que tiveram seus primeiros dias ou meses de vida internados na UTIN (FALBO, ANDRADE, FURTADO, MELLO, 2012). Nesta perspectiva, ao se estudar o desenvolvimento infantil do nascido prematuro egresso de UTIN deve-se considerar diversas dimensões inter-relacionadas, inclusive enfatizando e valorizando o contexto da família, salientando que as relações parentais podem estar relacionadas a problemas no desenvolvimento cognitivo e social da criança.

Neste sentido, esta categoria apresenta o primeiro nível do Modelo Sunrise de Leininger & McFarland (2006) que aborda as dimensões da estrutura cultural e social das mães e de um pai de crianças nascidas prematuras.

O Modelo Sunrise segundo Oriá, Ximenes e Pagliuca (2007) nos facilita a leitura de como os modos de vida influenciam o cuidado e o estado de saúde de indivíduos, grupos, famílias e instituições considerando os aspectos sociais e culturais.

Leininger & McFarland (2006) se debruçaram sobre as questões culturais que envolvem as crianças. De acordo com essas autoras, a maneira com que se cuida de outra pessoa, neste caso mães e pais de filhos prematuros, e se percebe a doença, a deficiência ou a morte depende, além de outros fatores, das dimensões culturais e as estruturas sociais do indivíduo envolvido no contexto são importantes para o cuidar.

Para estas autoras as dimensões da estrutura cultural e social envolvem a natureza dinâmica dos fatores organizacionais da sociedade e dão sentido e ordem cultural, incluindo fatores religiosos, de companheirismo e social, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos, e culturais. Estes, por sua vez, impulsionam o indivíduo a construir suas atitudes, refletindo nas suas escolhas e conseqüentemente na maneira que passam sua visão de mundo entre as gerações, principalmente para os filhos (LEININGER & MCFARLAND, 2006, p.14).

Desta forma, para entender o desenvolvimento infantil do nascido prematuro foi necessário conhecer a estrutura cultural e social das 9 mães, dois casais e um (01) pai envolvido no contexto ambiental. Isto porque para promover estudo em etnoenfermagem é necessário levantar não somente dados gineco-obstétricos

interessantes ao domínio de inquirição – desenvolvimento infantil – mas também fatores da dimensão sócio-cultural sugeridos pelo Modelo de Sunrise. Identificar esses fatores implica em conhecer a cultura dos participantes e seu meio social. O estudo dessas particularidades é importante - notadamente os fatores culturais maternos e o desenvolvimento da criança nascida prematura, objeto deste estudo - pois o meio e a cultura influenciam diretamente nos práticas de cuidado e expressão de saúde infantil (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Para facilitar o entendimento do leitor, foram construídos quatro quadros (números VII, VIII, IX, X) que apresentam sinteticamente a dimensão da estrutura social e cultural dos participantes.

Os primeiros fatores a serem levantados são os relacionados aos modos de vida, econômicos e educacionais. O quadro VII apresenta o número de moradores que habitam na mesma residência que a criança, o número de cômodos, local onde a criança dorme, a renda familiar, a fonte de renda familiar, a escolaridade das mães e de um pai, e os motivos que os impediram de continuar os estudos.

Quadro VII: Fatores culturais, modo de vida, econômicos e educacionais

Ident ¹	Nº de morador ²	Nº de cômodos	Local onde a criança dorme	Renda familiar	Fonte de Renda	Escolaridade ³	Motivo Interrupção dos Estudos
P1	10	5	Berço	R\$ 1.100	Casal, irmã	EMC ⁴	Gravidez
P2	4	3	Berço	R\$ 370	Própria	EFC ⁵	Gravidez
P3	2	1	Colchão no chão	R\$ 470	Própria	EFC	Necessidade de Trabalhar
P4	9	6	Berço	R\$ 1.000	Pais, irmão	EMI ⁶	-
P5	3	3	Cama casal	R\$ 450	Companheiro	EFI ⁷	Expulsão Escolar
P6	8	4	Carrinho	R\$ 670	Mãe	EFI	Opção
P7	5	4	Berço/cama casal	R\$ 640	Companheiro	EMI	Gravidez
P8	8	3	Berço	R\$ 670	Companheiro	EMI	Gravidez
P9	6	4	Cama casal	R\$ 950	Casal	EFI	Necessidade de trabalhar
P10	7	4	Berço	R\$ 800	Companheiro	EMI	Gravidez
P11	5	6	Berço	R\$ 470	Companheiro	EMC	Gravidez
P12	2	3	Carrinho	R\$ 690	Companheiro	ESI ⁸	Gravidez

Fonte: Formulário Perfil Sócio-Econômico-Cultural, 2012-2013.

¹Identificação/ ²Número de morador na domicílio/ ³Escolaridade/ ⁴Ensino Médio Completo/⁵Ensino Fundamental Completo/⁶Ensino Médio Incompleto/⁷Ensino Fundamental Incompleto/ ⁸Ensino Superior Incompleto

Percebe-se que a maioria das crianças reside em casas com poucos cômodos, dividindo o espaço com até dez pessoas, o que favorece cotidiano multifacetado, marcado por conflitos e circunstâncias constrangedoras. Ressalta-se ainda, que as crianças estão expostas a insalubridade, visto que oito mães relataram habitar em favelas onde as casas são unidas umas às outras, o que impede ventilação adequada e penetração da luz solar, fatores de riscos para agravos de doenças respiratórias.

Casos como estes, cujas famílias são numerosas e que convivem em reduzidos espaços habitacionais, determinam diluição da renda e consequente instabilidade social. Concordo com Silva (2009) quando cita que a renda da família tem peso grande na maneira como os filhos são cuidados. É o poder econômico que determina, entre outras coisas, o poder de compra de alimentos, de vestuário e medicamentos para as crianças. Esses aspectos impactam diretamente na qualidade de vida infantil e de suas famílias.

O pouco espaço disponível faz com que as crianças durmam junto com os pais, principalmente nas residências habitadas por mais de um casal, como citam três mulheres. Outras duas mães disseram colocar seus filhos para dormir no carrinho, e o pai alegou utilizar colchão no chão para a criança dormir.

Observa-se que sete das 12 entrevistadas dependiam da renda de outras pessoas da família, sejam eles companheiros, pai, mãe, tia ou irmão. Sendo que quatro mulheres e um pai criam seus filhos com renda mensal inferior a 1(um) salário mínimo, considerando que o salário mínimo a época da entrevista era de R\$ 678,00 (seiscentos e setenta e oito reais).

Estudo realizado em Moçambique em 2010 pela UNICEF revela que bebês nascidos em condições socioeconômicas precárias têm probabilidade maior de desenvolver doenças crônicas e podem sofrer de agravos à saúde com mais frequência, prejudicando o pleno desenvolvimento infantil, em consequência do adoecimento, principalmente de criança nascida prematura, requer geralmente períodos longos de internação fazendo com que ela seja separada e privada totalmente ou parcialmente dos cuidados e afetos maternos, comprometendo assim, seu desenvolvimento emocional (UNICEF, 2011). Isto se torna importante quando foi constatado que três mães (P11, P5 e P2) e um pai (P3) que apresentam as rendas salariais mais baixas em relação aos outros participantes são os que relatam reinternações e frequentes agravos à saúde do filho.

A preocupação é também com a qualidade de vida dessas crianças. A OMS (2005) define qualidade de vida como a saúde física, estado psicológico, o nível de

independência, as relações sociais e as relações do indivíduo com o contexto em que está inserido. Então ressalta-se que para a UNICEF (2011) crianças podem ser negativamente afetadas pelo ambiente em que vivem, e como citado anteriormente, mais da metade dos participantes vivem em área com pobreza concentrada. Estas comunidades sofrem com a falta de recursos comunitários, de investimentos econômicos e em sua maioria a população é frequentemente vitimada por altos níveis de criminalidade.

Além disso a situação de extrema pobreza familiar pode gerar a inserção precoce de crianças no mercado de trabalho introduzindo-lhes senso de responsabilidade fora de seu tempo (UNICEF, 2011).

Posto que a situação da infância brasileira é desproporcional à riqueza produzida no país, recai-se no velho problema da concentração de renda; cria-se círculo vicioso que atravessa gerações e perpetua a exclusão social de meninos, meninas pobres e suas famílias (UNICEF, 2011). Estes dados, não são únicos e sequer estão imunes a distorções, mas servem como mais um elemento no processo de apreciação dos problemas, no estabelecimento de prioridades, para a mobilização de recursos e de vontade política, na descentralização e municipalização das políticas e dos serviços destinados à infância.

Esta pesquisa também colheu informações sobre a escolaridade das mulheres e de um pai. Este é considerado dado importante, capital e influenciador do cuidado aos filhos (LEININGER & MCFARLAND, 2006). Observamos que três participantes não concluíram o Ensino Fundamental; duas mães e um pai possuem o Ensino Fundamental completo; quatro alegaram ter o Ensino Médio incompleto; duas concluíram o Ensino Médio e apenas uma mãe iniciou o Ensino Superior, sendo a gravidez citada como o principal empecilho para a continuação dos estudos.

Através das narrativas de vida e análise da escolaridade dessas mães e do pai, constatamos também que o saber popular é preponderante entre eles em detrimento do científico por motivo muito simples: a maioria não concluiu o Ensino Médio, o que, certamente influencia na maneira que eles acompanham e estimulam o desenvolvimento dos seus filhos (VIEIRA, BICALHO, SILVA, FILHO, 2007).

A pouca escolaridade materna ou paterna pode acarretar a situação de vulnerabilidade nas crianças na primeira infância, visto que o tempo de estudo está intimamente relacionado às habilidades cognitivas que são utilizados para estimular seus filhos. Entende-se que a escolaridade dos pais condiciona as chances de

escolarização de seus filhos e a própria ambiência cultural da família (VIEIRA, BICALHO, SILVA, FILHO, 2007).

Pesquisas como as realizada por Andrade, Santos, Bastos, Pedromônico, Almeida-Filho e Barreto (2005) também afirmam que a escolaridade materna tem impacto sobre o desenvolvimento cognitivo de crianças por meio de fatores como organização do ambiente, expectativas e práticas parentais, experiências com materiais para estimulação cognitiva e variação da estimulação diária.

O segundo fator a ser levantado é o tecnológico. Leininger & Mcfarland (2006) consideram como fatores tecnológicos a presença de luz na residência, água, os meios de transporte utilizados e a presença de eletrodoméstico no lar, porque para observar a tecnologia na sociedade é necessário conhecer o meio social onde essas pessoas vivem. Considerando esta orientação, cito a seguir quatro aspectos importantes de tecnologia conceituados por estas autoras. Um deles é a luz na residência – energia elétrica. A água, outra necessidade básica, sendo que esta influencia diretamente na saúde da população, principalmente quando se trata das crianças egressas de UTIN. Outro serviço essencial é o meio de transporte. Por último, apontamos os eletrodomésticos e eletroeletrônicos que foram adquiridos após alta hospitalar do nascido prematuro. Esses fatores tecnológicos são apresentados respectivamente no Quadro VIII, distribuídos por cada depoente do estudo

Quadro VIII - Fatores Tecnológicos

Identificação	Luz ¹	Saneamento Básico ²	Forma de transporte ³	Eletrodoméstico ⁴
P1	Sim	Sim	Ônibus	Termômetro
P2	Não	Não	Ônibus	Nebulizador Termômetro
P3	Sim	Sim	Ônibus, van	Termômetro, som, liquidificador, ferro, <i>Digital Versatile Disc (DVD)</i>
P4	Sim	Sim	Ônibus, carro	Termômetro
P5	Não	Não	A pé	Termômetro, nebulizador
P6		Não	Ônibus	Filtro, nebulizador
P7	Sim	Sim	Ônibus	Termômetro
P8	Sim	Sim	Ônibus, carro	Termômetro, nebulizador
P9	Não	Sim	Van	-
P10	Sim	Sim	Ônibus	-
P11	Sim	Sim	Ônibus	Microondas, Liquidificador, termômetro, nebulizador
P12	Não	Sim	Van	Filtro

Fonte: Formulário Perfil Sócio-Econômico-Cultural, 2012-2013.

¹Foram consideradas somente aquelas famílias que pagavam fatura de energia elétrica/ ²Foram consideradas somente aquelas famílias que pagavam fatura de abastecimento de água/ ³Meio de transporte mais utilizado/ ⁴Adquiridos para uso da criança

Disponer de energia elétrica na residência é importante indicativo de fator tecnológico na sociedade. Entretanto é possível encontrar famílias que moram em comunidades sem infraestrutura – abastecimento de água, esgoto sanitário, vias pavimentadas, iluminação pública – na cidade do Rio de Janeiro. Ao ser questionado sobre luz na residência, todas afirmaram ter, mas ao ser interrogado se pagam por este serviço, quatro depoentes relataram não pagar fatura de rede elétrica e que são abastecidos por ligações clandestinas.

Durante o preenchimento do questionário, esses quatro participantes relataram que habitavam em construções bastante precárias e situadas em áreas de risco.

Em relação ao saneamento básico, definido pela presença simultânea de rede geral de abastecimento de água e de esgoto, identificou-se que três participantes sobrevivem sem esse serviço urbano. Entendo que a falta de saneamento básico significa também água não tratada e conseqüentemente água contaminada. Isto possivelmente se soma a proliferação de insetos e roedores que atuam como vetores de

doenças infecto-parasitárias, gerando situações prejudiciais à saúde e de risco ambientais iminentes ao desenvolvimento das crianças segundo a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (FIGUEIRAS, SOUZA, RIOS, BENGUIGUI, 2005). Ao serem questionados sobre o despejo do esgoto doméstico, afirmaram que, na maioria das vezes, são lançados diretamente nas valas ou passam por canos dentro de suas residências.

Especificamente para esses participantes foi indagado sobre tratamento caseiro da água consumida pela família, entretanto somente uma relatou filtrar a água. As outras duas não realizam nenhuma medida de tratamento (filtrar, coar, ferver, uso do hipoclorito) o que torna a criança nascida prematura vulnerável às doenças de veiculação hídrica e infestação de doenças parasitárias, principalmente por que a maioria delas se alimenta com leite artificial que necessita de água para o preparo.

O fato é preocupante, pois se sabe que as doenças de veiculação hídrica e parasitárias representam grave problema de saúde pública dos países subdesenvolvidos e estão intimamente relacionadas às condições sanitárias. Sua presença está constantemente associada à carência de saneamento básico e falta de higiene. O déficit nutricional por parasitoses intestinais em crianças pode resultar em efeitos negativos no desenvolvimento normal, principalmente em relação ao aprendizado. Porém, existem índices que apontam a diminuição de doenças parasitárias no Brasil nos últimos anos (VILELA, BONFIM, MEDEIROS, 2008). Diante disto, surge então um questionamento: Quantos casos deste agravo não são notificados, mascarando os índices das doenças infecto-parasitárias em crianças?

Em relação à forma de transporte mais utilizado, seis relataram utilizar mais frequentemente o ônibus; uma relatou utilizar ônibus associado com van; duas relataram associar o ônibus e carro particular; duas utilizam com mais constância o serviço de van e uma relatou preferir se locomover a pé.

O acompanhamento de saúde do filho é o principal motivo para que os participantes venham a utilizar o transporte público. Duas mulheres relataram dificuldades em utilizar este tipo de transporte por conta de dificuldades financeiras, inclusive P6 relata que gostaria de levar seu filho para ser acompanhado mais próximo de sua casa, porque além de ser economicamente mais viável, não deixaria suas outras filhas sozinhas em casa durante todo o dia e não ficaria sem se alimentar por muitas horas, já que não possui condições financeiras para comprar alimentos em restaurante e lanchonetes, entretanto o hospital do seu bairro não oferecia o serviço de neurologia

para acompanhar o seu filho que nasceu com hidrocefalia.

É comum o entendimento de que basta se disponibilizar os serviços de saúde que concomitantemente o acesso aos mesmos se dá por consequência. Porém, isso nem sempre ocorre, pois o acesso a esses serviços no Brasil está fortemente vinculado a problemas econômicos e geográficos, sendo que este último, não significa somente dificuldades topográficas naturais, como as distâncias entre o domicílio e o local onde serviços de saúde são disponibilizados, agregam-se aqui a oferta de transportes públicos, o custo e o tempo de viagem (TRAVASSOS, OLIVEIRA, VIACAVA, 2006).

Em relação aos eletrodomésticos e eletrônicos foram considerados somente aqueles que os entrevistados tiveram a necessidade de adquirir após a alta hospitalar da criança. Dentre os participantes, oito tiveram a necessidade de comprar termômetro, cinco adquiriram nebulizador, um adquiriu filtro, um necessitou comprar aparelho de som, liquidificador, ferro, *Digital Versatile Disc* (DVD) e outro obteve microondas e liquidificador.

Acredito que a aquisição de termômetro tenha sido prioridade para a maioria dos participantes, pois culturalmente saúde é relacionada à normotermia, sendo o termômetro ferramenta que a mãe possui a fim de “controlar” a saúde da criança no domicílio. Sempre que a criança está chorosa ou apática a primeira prática é verificar a temperatura.

Outro aparelho que também teve a preferência entre os participantes foi o nebulizador. Geralmente a criança nascida prematura nasce com imaturidade pulmonar e ao receber alta ainda podem apresentar problemas respiratórios como cansaço, a necessidade de uso de medicação broncodilatadora, presença de tosse ou de sibilos. Ressalta-se que além do fator biológico da prematuridade, estudos quantitativos constataram que o baixo nível educacional e a baixa renda familiar, como é o caso de alguns participantes deste estudo, estão fortemente associados à vulnerabilidade da criança em adquirir doenças respiratórias (SILVA, 2011).

A compra do som e do DVD foi realizada pelo pai de P3 para que na sua ausência o filho ouvisse as gravações de mensagens deixadas por ele e assistisse vídeos interativos. Acredito que a preocupação deste pai é com o desenvolvimento do seu filho, tanto no que diz respeito a deixar fitas gravadas com a sua voz para que a criança saiba reconhecê-la, quanto a que se refere ao uso do DVD que pode oferecer possibilidades lúdicas de aprendizado.

Com relação ao fator religião e filosofia, considero o levantamento desses dados

extremamente importante para estudos focados na questão cultural e social.

Quadro IX- Fator Religião e Filosofia

Identificação	Religião em que foi criada	Religião Atual
P1	Católica	Católica
P2	Evangélica	Nenhuma
P3	Nenhuma	Evangélico
P4	Evangélica	Nenhuma
P5	Católica	Nenhuma
P6	Católica	Católica não praticante
P7	Católica	Católica não praticante
P8	Católica	Deus
P9	Católica	Evangélica
P10	Católica	Católica
P11	Católica	Católica
P12	Evangélica	Evangélica

Fonte: Formulário Perfil Sócio-Econômico-Cultural, 2012-2013.

Por meio da pesquisa descobrimos também que oito das mulheres foram criadas na religião católica, três foram criadas na religião evangélica e apenas o pai não foi criado em nenhuma religião. Mas, atualmente, três mulheres se disseram católicas e duas disseram ser evangélicas, inclusive o participante pai. Isso quer dizer que duas alegam ser católicas não praticantes, uma (01) mulher mudou de religião e deixou de ser católica para se tornaram evangélica, uma (01) alegou que sua religião seria “Deus”, duas relataram não ter religião e o pai atualmente frequenta cultos evangélicos.

A religião influencia nos cuidados e para o desenvolvimento dos filhos, pois, conforme sustentam Leininger & McFarland (2006), essas crenças frequentemente direcionam o cuidado popular na alimentação, hábitos de vida e no processo saúde-doença da criança.

Em alguns depoimentos, as mulheres e o pai verbalizaram a busca de ajuda através da religião, inclusive para criar os filhos “no caminho certo” como cita P3 e P12.

Durante a entrevista observei que a maioria dos entrevistados pretende criar os filhos na religião que frequentam atualmente. Sendo que P6 e P7 intencionam voltar a serem católicas praticantes para acompanhar seus filhos no cristianismo, e P4 e P5 dizem que se propõe a criar seus filhos na religião em que foram criadas: evangélica e católica, respectivamente.

Isto mostra-se relevante, pois comprova que os significados de vida podem ser transmitidos historicamente, determinando a cultura de povo, por meio da qual as mães

e pais desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida. Como construção social, segundo Bousso, Serafim e Misko (2010) a religião possibilita o modo de ver o mundo, vivenciá-lo cognitivamente e emocionalmente, influenciando atitudes maternas para criar e estimular o desenvolvimento saudável de seus filhos

A busca religiosa não deve ser entendida como fuga da realidade, mas como perspectiva de futuro frente à criação dos filhos, principalmente aqueles nascidos prematuros e que convivem em precárias condições socioeconômicas. Essa visão auxilia na compreensão de por que os participantes buscam a influência da vontade de Deus em seu favor e da família, dado que a religião desempenha diversas funções como a de criar identidade e coesão entre as pessoas, captar novas energias na luta pela sobrevivência e reforçar a resistência cultural que, por si só, reforça também a busca em Deus como solução, fato narrado pelos participantes desta pesquisa. (BOUSSO; SERAFIM; MISKO, 2010).

Foram levantados também dados que caracterizassem as mães e o pai quanto ao fator modo de vida (Quadro X), que inclui os hábitos diurnos e noturnos. Incluíram-se também os hábitos diurnos e noturnos da criança para que se entendesse a dinâmica familiar no contexto domiciliar.

Quadro X: Fator Modo de Vida

Identificação	Hábitos Diurnos	Hábitos Noturnos
P1	Mãe: Trabalho Filho: Creche, fisioterapia	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Sono irregular
P2	Mãe: Trabalha Filho: Aos cuidados da tia	Mãe: Afazeres domésticos; cuida dos outros filhos Filho: Sono irregular
P3	Pai: Trabalha Filho: Aos cuidados da babá, dorme.	Pai: Afazeres domésticos; cuida dos outros filhos Filho: Sono irregular
P4	Mãe: Afazeres domésticos, vai à escola Filho: Aos cuidados dos avós	Mãe: Sai com parceiro. Filho: Sono Irregular
P5	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Dorme e vê televisão	Mãe: Acorda duas vezes a noite para alimentar o filho. Filho: Acorda duas vezes durante a madrugada
P6	Mãe: Afazeres domésticos; cuida dos outros filhos Filho: Dorme de manhã e a tarde	Mãe: Cuida dos filhos, acorda na madrugada de 3/3h Filho: Ruim padrão de sono. Acorda frequentemente
P7	Mãe: Afazeres domésticos, dorme Filho: Dorme	Mãe: Não dorme para cuidar do filho Filho: Sono irregular
P8	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Dorme	Mãe: Estudo com os filhos Filho: Dorme às 22h; mamadas as 0h, 3h, 6h.
P9	Mãe: Trabalha Filho: Aos cuidados da tia	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Bom padrão de sono
P10	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Dorme à tarde	Mãe: Cuida dos filhos Filho: Bom padrão de sono
P11	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Aos cuidados da avó	Mãe: Cuida do filho Filho: Bom padrão de sono
P12	Mãe: Afazeres domésticos Filho: Dorme à tarde	Mãe: cuida da filha, vai ao culto Filho: Dorme muito tarde e acorda várias vezes à noite.

Fonte: Formulário Perfil Sócio-Econômico-Cultural, 2012-2013.

Diante dos hábitos diários apresentados, observo que durante o dia três mães e o pai trabalham fora de casa, sendo que as demais mulheres se ocupam com afazeres domésticos no próprio domicílio e uma frequenta a escola. Em relação aos filhos, nota-se que cinco deles recebem cuidados alternativos.

Segundo Rapoport e Piccinini (2004) os cuidados alternativos se referem às formas de cuidados não-parentais, das quais se destacam quatro tipos principais: 1) creches e pré-escolas; 2) creche familiar (pequeno grupo de crianças na casa do

cuidador); 3) cuidado na casa da criança por uma babá/empregada; e, 4) parente, na casa da criança ou na sua casa. Dos 12 participantes seis crianças possuem cuidados alternativos durante o dia, sendo que um (01) permanece na creche, um (01) segue aos cuidados da babá e quatro são cuidados por parentes.

A entrada de bebês em cuidados alternativos, especialmente durante o primeiro ano de vida, tem gerado controvérsias no meio científico, pois implica em separações diárias do bebê de sua mãe enquanto ele ainda é muito pequeno. Além disso, a interação mãe-criança, inicialmente restrita ao espaço domiciliar, onde há maior intimidade e exclusividade, acaba afetada quando ocorre separação frequente da díade, afetando o desenvolvimento ao longo da primeira infância (RAPOPORT, PICCININI, 2004).

Analisando a narrativa de P1 que optou por deixar seu filho na creche noto que a motivação inicial estava relacionada à dimensão prática, durante o período do dia no qual a criança não podia ser atendida por ela. No entanto, a sua primeira escolha era a custódia da criança na família extensa, deixando a criança com a avó, indicando que a creche foi opção secundária. Entretanto no seu próprio discurso denota-se satisfação posterior, decorrente dessa escolha 'forçada'. Outra participante, P12, cita que almeja matricular sua filha na creche, pois acredita no caráter educativo desta instituição e na possibilidade de socialização que ela proporciona para as crianças.

Bahia (2008), em seus estudos salienta que, muitas vezes, a creche é opção para aquela mulher que se sente ambivalente quanto à outra mulher cuidar de seu filho em sua própria casa. Quando a mãe leva o filho para creche, está levando para instituição, e não para outra pessoa. Existe diferença entre estranha em casa e estranha na instituição. A estranha em casa estaria cuidando do filho no lugar dela enquanto que a estranha na creche estaria educando, ensinando, e não ocupando o lugar de mãe.

Quanto às mães que deixaram seus filhos com parentes, percebo que buscam delegar a função a um familiar que tem os mesmos valores que elas, para que o desenvolvimento da criança seja direcionado dentro do mesmo padrão de vida. Exemplo disto, é que as mães observam como o familiar cuida da casa e como criam seus próprios filhos.

No caso de P3 que perdeu a esposa no parto, a escolha do cuidador foi ainda mais difícil. Segundo ele, solicitava informações pessoais, endereço e documento da pessoa que se candidatava a ser a babá visando garantir a segurança do filho, sendo que ele tinha medo da criança ser roubada. Segundo Bahia (2008) é comum os pais se sentirem inseguros e desconfiados, principalmente quando se trata do primeiro filho,

que ainda é bebê. No caso de P3 a insegurança foi ainda maior porque não seria o casal que iria partilhar a escolha, pelo contrário, ele se sentiu integralmente responsável pelo filho e ainda, que escolher uma boa cuidadora seria seu dever. Sendo assim, ele experimentou dualidade de sentimentos (insegurança, medo, desconfiança, ansiedade) ao deixar sua criança aos cuidados de outra pessoa. Estas sensações podem ser devido à visão cultural na sociedade de que a mãe tem de cuidar de forma exclusiva dos pequenos, e como ele mesmo citou, ele era simplesmente o pai que não podia se dedicar integralmente ao filho devido à necessidade de trabalhar.

O que também nos chama atenção é o comportamento do sono das crianças, tanto no período diurno quanto o noturno. Verifiquei que sete crianças possuem como atividade diurna o ato de dormir, e ao observar suas atividades noturnas percebi que este hábito pode estar influenciando no padrão de sono noturno de quatro delas. Sendo que duas destas dormem no período da manhã e da tarde, e talvez isto esteja colaborando para que elas acordem com frequência durante a noite.

É importante esclarecer que estamos habituados a pensar no sono erroneamente a partir de atividade simplista. O sono não é simples. Quando cuidamos de bebês somos forçados a reconhecer que o sono não é reação uniforme e bem definida, mas que pelo contrário, varia de acordo com a individualidade da criança e com a sua maturidade. A criança tem que aprender a dormir da mesma forma que aprende a segurar a colher, engatinhar, ficar de pé e andar. Assim como a apreensão e locomoção sofrem claras modificações à medida que vão amadurecendo, assim também os esquemas do sono se modificam com a maturidade (GESELL,1999).

Mas em se tratando de crianças que nasceram prematuras a causa do padrão irregular do sono pode estar relacionando o longo período de internação na UTIN, que se caracteriza pelo manuseio excessivo, levando à escassez de momentos de descanso e à privação do sono nos recém-nascidos. Salgado, Adirson, Cava, Camacho (2011) citam que a interrupção frequente dos períodos de sono e repouso com procedimentos e atividades diversas prejudica o desenvolvimento neuromotor dos prematuros. As consequências deste padrão irregular podem perdurar meses e até anos prejudicando o desenvolvimento infantil na mais tenra idade, afetando também a vida adulta.

Segundo Bertelle, Sevestre, Laou-Hap, Nagahapitiye, Sizun (2007) para as crianças, o sono é ainda mais importante do que para os adultos, visto que os hormônios do crescimento são produzidos justamente quando estão dormindo. Problemas com o sono, portanto, podem prejudicar também o processo de crescimento infantil, uma vez

que, durante o sono é que ocorrem os maiores picos de produção do hormônio do crescimento.

Em longo prazo, a privação do sono, pode comprometer seriamente a saúde da criança, como comprometimento do sistema imunológico, diabetes, doenças cardiovasculares e gastrointestinais, perda crônica da memória e tendência a desenvolver obesidade, devido a leptina e a grelina, hormônios que estão envolvidos no controle da saciedade e fome, também estão ligados ao sono (BERTELLE, SEVESTRE, LAOU-HAP, NAGAHAPITIYE, SIZUN, 2007).

Através destas discussões e dos quadros até aqui apresentados é possível conhecer sobre a estrutura cultural e social dos participantes e o meio em que as crianças vivem e se desenvolvem após alta da UTIN. Segundo Leininger & McFarland (2006) considerar os fatores tecnológicos, de religião e filosofia, companheirismo, valores culturais e modos de vida, econômicos e educacionais são necessários para entender a diversidade e universalidade cultural de grupo, principalmente quando se trata do acompanhamento do desenvolvimento infantil de crianças egressas de UTIN.

Figueiras, Souza, Rios e Benguigui (2005) também concordam que na avaliação do desenvolvimento infantil, torna-se importante cogitar as questões políticas e distribuição da riqueza; a comunidade com sua rede social, serviços e cultura; e a família que leva o desenvolvimento integral a criança. Sendo todos esses determinantes englobados por questões de saúde, educação, trabalho, ambiente e saneamento.

Para o acompanhamento do desenvolvimento infantil do nascido prematuro, deve-se atentar para os principais riscos biológicos e ambientais que essas crianças estão expostas. Os riscos biológicos compõem-se da prematuridade, especialmente os RN prematuros de muito baixo peso (< 1.500 g); muito prematuros (< 32 semanas de idade gestacional); aqueles com morbidades graves no período neonatal; os com restrição do crescimento intrauterino, e aqueles com perímetro cefálico anormal na alta. Os riscos ambientais são aqueles relacionados à baixa condição sócio-econômico e pais usuários de drogas (SILVEIRA, 2012).

Dentre os participantes podemos considerar que os filhos de 10 mães e de um (01) pai possuem riscos relacionados ao muito baixo peso; oito crianças incluem-se nos riscos relacionados à idade gestacional menor que 32 semanas. Em relação aos riscos ambientais, todas as crianças estavam expostas aos riscos associados à baixa condição socioeconômica e duas mães são usuárias de drogas lícitas (tabagismo e alcoolismo).

Apesar de todos os riscos envolvidos tanto biológicos, quanto ambientais, fiquei

surpresa, durante as entrevistas, com as mais variadas respostas quando os participantes narravam sobre do desenvolvimento infantil dos seus filhos, uma vez que, de fato, o desenvolvimento humano é perpassado por conceitos heterogêneos das mais diversas origens (BRASIL, 2002).

Para P4 o desenvolvimento saudável do seu filho tem haver com a rotina diária, envolvendo a alimentação, vestuário e seu comportamento frente às necessidades da criança; para P10 o pleno desenvolvimento infantil relaciona-se com a preservação da saúde da sua filha; e para P12 o desenvolvimento da sua filha é relativo à higiene corporal.

Aí agora assim, o desenvolvimento, deixo ele no carrinho, ele chora? Tá com fome? Dou a mamadeira no horário certinho, arrotou? Vai para o berço (P4)

Assim... sair com ela fora do quarto, se tivesse já passando um ventinho, já botava uma roupinha mais...para evitar mesmo que ela pegasse alguma coisa que interferisse né? No desenvolvimento dela (P10)

Se ta sujinha, eu vou e limpo, não demoro muito a trocar a fralda para não assar e nem ficar com cocô. Isto é importante para o desenvolvimento normal dela (P12)

Acredito que isso se deva ao fato de o desenvolvimento humano poder ser definido ou entendido de várias formas, dependendo do referencial teórico que se queira adotar e de quais aspectos se queira abordar, porque para o pediatra, surge a definição que diz: “desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas” (MARCONDES, 2003 p. 37). O neuropediatra certamente pensará mais na maturação do sistema nervoso central e conseqüente integridade dos reflexos. O psicólogo, dependendo da formação e experiência, estará pensando nos aspectos cognitivos, na inteligência, adaptação, inter-relação com o meio ambiente, entre outras coisas. O psicanalista dará mais ênfase às relações com os outros e à constituição do psiquismo. (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde (2002) afirma que todos esses profissionais estão corretos em suas análises, contudo atesta que para serem válidas, as generalizações sobre o desenvolvimento infantil não podem estar baseadas apenas na avaliação das habilidades pertencentes a determinado sistema do organismo, pois os sistemas traduzem determinadas funções que se apóiam em processo de maturação neurológica, aperfeiçoando-se, desenvolvendo-se e sofrendo influências ambientais. Isto quer dizer que o atraso de uma habilidade por si só não significa necessariamente problema patológico, visto que devemos entender que cada ser humano se desenvolve a partir de

suas possibilidades e do meio em que está inserido. Dessa forma, a criança deverá ser sempre vista como um todo e em relação com seu ambiente, pais e família.

A avaliação do desenvolvimento infantil é uma das responsabilidades do profissional Enfermeiro durante a consulta de enfermagem. Nesta, ele acompanha o desenvolvimento da criança por meio de consultas mensais, o que possibilita a diminuição da morbimortalidade em menores de seis anos de idade (OLIVEIRA, CADETE, 2007).

Para as autoras Oliveira e Cadete (2007) a consulta de enfermagem para avaliação do desenvolvimento infantil compreende a entrevista para a coleta de dados, o exame físico, o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, a prescrição, a implementação dos cuidados e a orientação para as mães sobre as ações relativas aos problemas detectados.

Na entrevista dirigida à mãe a enfermeira obtém dados relacionados à realização do pré-natal, número de consultas, intercorrências gestacionais, uso de medicações, tipo de parto, peso nascimento e, ainda, coleta de dados socioeconômicos, sanitários, ambientais e habitacionais. Identifica a história pregressa e atual de saúde da criança e dos familiares, seus hábitos de vida, de alimentação, de lazer, além da relação afetiva e social da criança na família. Coleta também as queixas da mãe trazidas à consulta, algumas relacionadas à criança e outras específicas da mãe, mas que também são importantes, porque o enfermeiro precisa conhecer o mundo familiar da criança (OLIVEIRA, CADETE, 2007).

Ainda na consulta de enfermagem para o desenvolvimento infantil, o enfermeiro deve observar o desenvolvimento da criança, o ganho ponderal e o de estatura, faz levantamentos do estado de saúde da criança, além das necessidades e preocupações dos pais. Compartilha com a mãe ou o pai as informações e os conhecimentos de enfermagem, a situação da criança relacionada à alimentação, à imunização, ao sono e ao repouso, ao lazer e ao relacionamento familiar. Com base nesses fatores, levantados e registrados, o enfermeiro deve planejar o cuidar que favoreça todos os aspectos para o pleno desenvolvimento da criança (OLIVEIRA, CADETE, 2007).

Considerando esta recomendação, percebo o quanto é importante a opinião materna sobre o desenvolvimento do seu filho. A maioria delas os avalia através da comparação com outras crianças, e muitas das vezes, noto que é ela quem primeiro percebe que seu filho não vai bem e pede ajuda profissional. Há de se ressaltar que a criança nascida prematura não pode ter seu desenvolvimento infantil comparado com a

criança nascida a termo. Porém, a maioria das mães não é esclarecida sobre a idade gestacional corrigida (IGC) do nascido prematuro e sempre que os comparam com outras crianças, com a mesma idade cronológica (IC), acham que seus filhos possuem o desenvolvimento infantil atrasado.

E eu observava que o menininho (...) ele era assim MUITO, muito forte, muito elétrico e eu ficava assim: “pô! A. dá de 10 a 0 no G., to achando o G. muito paradinho (P1- IC:11m3s /IGC: 8m2s)

Eu sinto que ela é mais molezinha que a filha da minha cunhada. Ó para você ver, ela tem a mesma idade que a J. e já levanta a cabecinha (P12- IC: 5m1s / IGC:3m)

Segundo Golin, Souza e Sarni (2009) a IGC é ajustar a idade cronológica em função do grau de prematuridade (subtrair da idade cronológica as semanas que faltaram para a idade gestacional atingir 37 semanas) e deve ser considerada atividade prioritária para que as mães e os pais sejam esclarecidos sobre o desenvolvimento infantil do seu filho e sobre a melhor forma de estimulá-los de acordo com a IGC, diminuindo a ansiedade quanto aos marcos de desenvolvimento considerado adequados para prematuros. Todavia isto não aconteceu com P9, que ao levar seu filho a consulta com profissional de saúde tornou-se ainda mais preocupada:

Levei ele numa fono e a mulher me deixou louca! (...) ‘Quando você voltar daqui a três meses’ isso ele não tinha nem um ano ‘ele vai ter que ta falando todos os sons dos bichinhos’. Entendeu? Então invés de ela me ajudar, ela tava me deixando mais louca. Então descartei ela! (P9 - IC: 1a5m / IGC:1a2m).

Se levarmos em consideração a idade corrigida do filho de P9 no momento em que eu a entrevistei, ele estaria com 1ano e cinco meses, sendo que ele já estava balbuciando algumas palavras e frases como ‘mama’ ‘papa’ e “dá banho”. Segundo Ministério da Saúde (2002) dos nove aos 15 meses de idade, a criança inicia a fala algumas palavras e, às vezes, frases de duas ou três palavras.

Desta forma, para melhor discussão dos dados, a IC e a IGC das crianças foi colocada ao lado de cada trecho da entrevista. Conquanto esta pesquisa não teve por objetivo avaliar o desenvolvimento das crianças, ou seja, não foram realizados nenhum teste com elas. As entrevistas realizadas com as mães também não tiveram o intuito de coletar anamnese de seus filhos, logo não foram dirigidas para este fim. Tal atitude seria contraditória com o método da Etnoenfermagem e com a técnica de coleta de dados Narrativa de Vida, cuja entrevista ocorre por meio de uma única pergunta norteadora. Porém, pôde-se apreender no discurso das mães e do pai as atitudes das crianças nas diferentes áreas de comportamento, consideradas pelo Ministério da Saúde (2002):

Motor, linguagem e adaptativo, e como os participantes atuam para estimular seus filhos.

Cada área de comportamento (motor, linguagem e adaptativo) foi dividida para facilitar o entendimento do leitor.

O COMPORTAMENTO MOTOR

Percebo que após o nascimento e nos primeiros meses de vida da criança, o comportamento motor é expressão da integração de todos os domínios do organismo infantil, indicando sua importância no desenvolvimento do ser humano. Feldman, Papalia, Olds (2006) cita que a organização motora da criança deve ser considerada além do produto da ação, e sim como processo cujas alterações seguem diferentes fases de estabilidade, instabilidade e troca, com a probabilidade de emergir padrão de movimento.

Estes padrões incluem o comportamento motor grosseiro com as reações posturais, o controle postural da cabeça e demais partes do corpo, particularmente do seu eixo, envolvendo grandes grupos musculares para estabilizar a ação de sentar, ficar de pé, engatinhar e andar (FELDMAN PAPALIA, OLDS, 2006).

Ao entrevistar as mães percebi que o desenvolvimento motor é um dos primeiros comportamentos que elas observam nos filhos. Elas avaliam se estão molinhos, se eles conseguem firmar a cabeça, rolar ou sentar sozinhos.

Ele mesmo consegue controlar a cabecinha dele. Vira de uma lado, vira de outro, quando eu boto para arrotar ele fica empezinho (P7- IC: 5m / IGC: 3m1s)

Aí já está rodando na cama, rola na cama, já ta sentadinho, já faz posição debruço, tipo para engatinha? Ele não está engatinhando (P1 – IC: 11m3s / IGC: 8m2s)

Considerando a ICG corrigida das duas crianças podemos estimar que elas alcançaram os marcos do desenvolvimento infantil na época adequada para as ICG segundo o Ministério da Saúde (2002). Apesar disso, P1 durante a entrevista citou preocupação com o desenvolvimento do seu filho e alegou ter pedido ajuda profissional para que ele pudesse ter acompanhamento na área motora. Segundo ela, havia algo de ‘diferente’ na criança.

Talvez se lhe tivessem explicado que a IGC dele é de apenas oito meses e duas semanas, sua ansiedade teria sido amenizada, já que segundo as orientações do Ministério da Saúde (2002) a atividade de rolar da posição supina para a prona se inicia a partir dos quatro meses e tende a estar completamente desenvolvida até os sete meses

de idade; e sentar sem apoio é uma capacidade que se desenvolve a partir dos cinco meses e pode ser considerado desenvolvimento infantil adequado se a criança atingi-la até os 10 meses.

Com relação a engatinhar, considera-se que este tipo de atividade faz parte de uma série de estágios progressivos, que culminam no andar bípede, no entanto o que também deveria ter sido esclarecido a P1 é que a capacidade de engatinhar inicia-se por volta dos seis meses e que seu filho poderá desenvolver esta habilidade até os 13 meses sem ser considerado déficit em relação ao desenvolvimento infantil, de acordo com o Ministério da Saúde (2002).

Já esta fazendo posição de engatinhar, e ele não engatinha ainda, mas levanta o bumbuzinho assim, vai dando impulsos para a frente e aí consegue chegar até o brinquedinho (P1- IC: 11m3s / IGC: 8m2s)

No entanto, a atividade considerada positiva por Figueiras, Souza, Rios e Benguigui (2005) é como esta mãe estimula seu filho a engatinhar. Ela cita na entrevista que coloca bolinha colorida encorajando-o a pegar. Para estas autoras, os brinquedos são excelentes objetos para estimular o desenvolvimento infantil, pois cores e o barulho que alguns possuem são atrativos sensoriais capazes estimular desenvolvimento motor, já que as crianças tentam alcançar o que lhes chama a atenção.

Em relação ao tônus muscular e postura, a mãe de P12 cita que diariamente incentiva a filha a ficar “durinha” fazendo posição de gangorra. Depois de desligado o gravador, perguntei onde ela havia aprendido a fazer este exercício com a filha. Ela então citou que havia observado as tias e avós fazerem este movimento com as crianças que eram embaladas por música.

Eu brinco de pegar as mãozinhas dela e fazer gangorra, mas ela é molinha ó (P12- IC: 5m1s / IGC:3m)

Segundo Leininger & McFarland (2006) este cuidado aprendido através de gerações faz parte do cuidado *emic*, e é considerado por Figueiras, Souza, Rios e Benguigui (2005) uma ótima contribuição para aumento do tônus muscular nas crianças, sendo que elas iniciam a atividade de levantar-se pelos braços com a ajuda do corpo aos quatro meses de idade.

A filha de P4 que tem ICG relativo a seis meses é incentivada pela mãe a rolar. Mas ao invés de usar brinquedos, a forma que a mãe achou mais adequada é usando edredon para forrar o chão onde sua filha permanece durante o dia. De acordo com o relato materno, criança no colo não se ‘desenvolve sozinha’.

E eu deixo assim...no chão, para ver, para rolar, para aprender

a rolar, não deixo ficar muito no colo não, até porque criança o tempo todo no colo não se desenvolve sozinha (P4- IC:7m1s / IGC: 6m)

Deixar a criança no chão também foi relatado por P1, P9 e P11. Segundo elas, não é porque seus filhos nasceram prematuros que devem ficar em ‘redoma de vidro’. De acordo com Leininger & McFarland (2006) a experiência particular destas mães confere sentido as expressões humanas que direcionam como elas incentivam o desenvolvimento infantil de seus filhos nascidos prematuros. Talvez se eles não fossem colocados no chão para explorar o ambiente, o desenvolvimento infantil delas teria alcançado marcos diferentes como cita Kobarg, Sachetti, Vieira (2006). É nesta idade que se inicia a vontade de se pôr em posição de rastejar, apesar de ter dificuldades em coordenar a parte dianteira do corpo com a parte de trás.

Mas isto não quer dizer que crianças que são levadas ao colo com frequência também não se desenvolvem adequadamente. Isto fica claro quando Spitz (2004) em seu livro chamado “O Primeiro Ano de Vida” cita que em nativos de culturas menos complexas que a nossa, que mantêm o costume antigo de carregar as crianças durante o dia todo nas costas ou nas ancas, fazem-lhe um bem do qual não temos conhecimento. Segundo este autor, tal atitude proporciona as crianças ampla descarga de tensão, assim como o estímulo perceptivo, no nível de receptividade, o mais adequado durante o início da vida, entre eles os contatos corporais, cutâneos e a transmissão de estímulos térmicos.

Outra característica do desenvolvimento motor grosseiro que preocupa os pais dos nascidos prematuros é em relação a aprender a andar, como aconteceu com P10. Sua filha no momento da entrevista estava completando 12 meses, mas sua IGC é de 10 meses e 2 semanas. Entretanto este casal considera que sua filha nascida prematura possui atraso no desenvolvimento quando a compara com a filha mais velha que nasceu a termo e com um (01) ano de idade já dava os primeiros passos sozinha. Porém, considerando o marcos para o desenvolvimento infantil, a filha nascida prematura do casal P10 está dentro do padrão considerado pelo Ministério da Saúde (2002), pois é com a idade de 10 meses que a criança se põe de pé puxando-se pelos braços, prenuncio da locomoção ereta.

A gente vê um pouquinho de atraso nela, já fica em pé, se você deixar um pouco sozinha, você sente que ela está um pouco preguiçosa com relação a andar (P10- IC: 1a / IGC: 10m2s)

Ainda assim a mãe cita que estimula a filha a andar segurando-a em suas mãos, dando apoio. Segundo recomendações de Figueiras, Souza, Rios e Benguigui (2005)

esta seria a melhor forma de incitar a criança a andar, pois com apoio de uma mão ou de uma toalha a criança aprende a ter confiança no seu próprio corpo.

Apesar desta recomendação profissional para estimular crianças a andar, através da entrevista com P10, percebi que ela estava proporcionando um cuidado *emic* a sua filha, pois aprendeu com a sua mãe esta prática. Este cuidado então se refere ao conhecimento culturalmente aprendido e transmitido, tradicional ou popular, para prestar assistência, suporte, capacidade e facilidade aos atos para outro ou por outro indivíduo com necessidades de saúde evidentes ou antecipadas (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Então, a partir disso, com aproximadamente 12 meses a criança consegue andar quando suas mãos são seguradas, apenas para garantir-lhe o equilíbrio, com ação coordenada e alternada das pernas, com certo impulso adiante. Ao atingir 15 meses a criança esquece-se de segurar-se enquanto fica em pé sozinha por breve momento em que brinca. É então que ela está pronta para andar (FIGUEIRAS, SOUZA, RIOS E BENGUIGUI, 2005)

É relevante ressaltar que o andar pode ser retardado pelas quedas graves ou pela doença, como é o caso das crianças nascidas prematuras, e pode ser acelerado através da prática e do treinamento. Contudo a criança sem anormalidades não precisa ser ensinada a andar, basta oportunidade e ela aprende (GESELL, 1999). Por isto torna-se importante a mãe e o pai serem parceiros no desenvolvimento dos seus filhos, incentivando-os adequadamente de acordo com a IGC.

Outro padrão de movimento importante a ser considerado para o desenvolvimento infantil é o comportamento motor fino. Este consiste no uso das mãos e dedos na aproximação, prensão e manipulação dos objetos. A explicação do aparecimento destes movimentos é complexa, aparentemente surgem para desempenhar duas grandes funções: ajudar ao desenvolvimento da estrutura neuronal, conservando caminhos que se ajustam a necessidades adaptativas posteriores, afinando ligações entre células e grupos de células, e contribuir para a regulação e seletividade celular tão importante nesta fase de desenvolvimento (BRASIL, 2011).

Esta informação torna-se relevante quando se trata do desenvolvimento infantil do nascido prematuro. Isto porque se acredita que a qualidade dos movimentos motores finos pode ser indicadora da integridade funcional do sistema nervoso central da criança, e esta ao passar por problemas clínicos durante a internação na UTIN, incluindo as experiências estressantes ou dolorosas, pode ter áreas cerebrais prejudicadas pois a

dor pode alterar o fluxo e o volume sanguíneo cerebral, com provável aumento na pressão intracraniana (BRASIL, 2011).

Nada obstante não se deve esquecer a plasticidade adaptativa cerebral nos primeiros meses de vida, o que maximiza a influência do meio ambiente no desenvolvimento cerebral infantil e os comportamentos dele derivado, como o motor fino. Além disso, existem evidências que os neurônios imaturos tenham maior vulnerabilidade a alterações degenerativas e que, ao contrário do dito anterior, a dor e/ou outros elementos do meio ambiente da UTIN possam causar impacto significativo na sobrevivência neuronal e nos padrões das conexões estabelecidas (BRASIL, 2011).

Talvez estas relações possam ter favorecido aos filhos de P1 e P4 a desenvolverem o emprego das mãos e dos dedos na apreensão de objetos dentro da idade adequada considerada pelos marcos do desenvolvimento infantil do Ministério da Saúde (2002).

Agora ele está na fase de querer pegar! Ele abre a mão agarra, mas num tem aquele jeito mesmo de puxar para ele (P4- IC: 7m1s / IGC:6m)

Ele já esta pegando biscoitinho(...) Já leva as coisas na boca (P1- IC: 11m3s / IGC:8m2s)

Oferecer objetos como o biscoito permitem a observação do comportamento motor fino. Consentindo com Ministério da Saúde (2002), é durante o segundo e o terceiro mês de idade que a apreensão é reflexo que depois se torna voluntário. Mas é no início do quinto mês que a criança segura e transfere objetos de uma mão para a outra, sendo adequado alcançar esta prática até os 10 meses de idade. A utilização do polegar e do indicador para pegar objetos inicia-se somente aos nove meses, com 12 meses, a idade do filho de P9, citado abaixo já é capaz de puxar, rebocar, arrastar e transportar objetos, tendo a criança até os 15 meses para progredir nesta habilidade.

Aí pega a camisa do pai e sai arrastando para ir para a rua (P9- IC: 1a5m / IGC:1a2m)

Relacionado a isto a criança utiliza sua experiência prévia motora para alcançar novas tarefas e então começa a utilizar os objetos para mordê-los e jogá-los fora e assim vai construindo a sua vida psíquica e relações com o mundo cultural em que está inserido (BRASIL, 2002).

Ele pegou a fralda e jogou dentro do vaso! Tudo que ele pega, ele quer jogar dentro do vaso, então eu fico: daqui a pouco ele cai com a cabeça dentro do vaso (P9- IC: 1a5m / IGC:1a2m)

Percebo que é nesta fase que deve-se atentar para a segurança física da criança deixando fora de alcance os objetos que podem causar acidentes no lar. O pai de P3

atentou-se para o preparo do ambiente doméstico para o seu filho, a sua preocupação era porque ao desenvolver a habilidade de pegar objetos, sua criança estava levando fios elétricos desencapados à boca. Estes são elementos de risco, tais como fios desencapados e portas abertas, que estão ligados ao meio doméstico e podem levar a sério comprometimento da qualidade do ambiente em que a criança vive.

Ele tá com um vício de querer colocar tudo na boca, é... pegar fio elétrico também... então a obra vai ser pra poder colocar todos os fios pra dentro da parede, (...) botar piso no chão, fazer tipo um cercado pra ele num sair, a porta que vô botar, é aquela porta de duas (P3- IC: 7m3s / IGC:6m3s)

Preparar o domicílio no sentido amplo visa a harmonia da criança nascida prematura com o seu micro e macroambiente, proporcionando relações de bem-estar, segurança, e então o desenvolvimento saudável, Leininger & Mcfarland (2006) enfatizam que cuidar do filho é uma prática para assistir ou ajudá-los no sentido da cura e do bem-estar evitando que os riscos presentes no ambiente em que ela vive comprometam o desenvolvimento infantil, uma vez que o descuido pode desencadear diversos tipos de acidentes que, em determinados casos, podem originar graves lesões e sequelas irreversíveis.

É pertinente destacar que o comportamento motor tanto grosseiro quanto o fino estão intimamente relacionados ao comportamento da linguagem e adaptativo por causa do uso da visão e da audição, segundo Siedl de Moura (2004).

Todavia os bebês prematuros e os egressos de UTIN apresentam alto risco para problemas oftalmológicos e auditivos. Deste modo, o conhecimento sobre o desenvolvimento dessas áreas, a detecção destes problemas e o tratamento são importantes não somente quanto ao prognóstico ao longo prazo, mas também quanto à diminuição da gravidade das lesões e repercussão sobre o desenvolvimento global da criança.

Em relação a perda visual, o Ministério da Saúde (2011) através de pesquisas confirmam que o baixo peso e a idade gestacional, como fatores isolados, são de alto risco para o desenvolvimento de sequelas visuais. Além desses fatores, o tempo de internação, o uso de oxigênio suplementar e as alterações neurológicas também são responsáveis por problemas visuais no período neonatal. Está demonstrado que o tipo de lesão no sistema nervoso central é importante para a morbidade ao longo prazo.

O filho de P9 que nasceu com 28 semanas e dois dias, com peso de 970 gramas necessitando permanecer na UTIN por período de 53 dias, precisou do uso suplementar

de oxigênio fornecido através de OXYHOOD e do CPAP. Durante a entrevista esta mãe citou que seu filho apresentava problema de visão.

Aí trouxe primeiramente no oftalmologista, deu só um baixo grau de miopia e de estrabismo. Você pode olhar pra ele assim e vai ver que ele é meio estrábico (P9 – IC: 1a5m / IGC:1a2m)

O estrabismo do filho de P9 pode estar relacionado à Retinopatia da Prematuridade (ROP). Esta é uma enfermidade vasoproliferativa secundária à vascularização inadequada da retina imatura dos RN prematuros e permanece como uma das principais causas de cegueira e baixa visão infantil nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (BRASIL, 2011).

A relação entre ROP e estrabismo é identificada quando o Ministério da Saúde (2011) nos aponta pesquisas demonstrando comparações entre estrabismo em crianças com e sem história de ROP, encontrando que quanto maior a severidade da ROP, maior a prevalência de estrabismo. A miopia é também é sequela bem conhecida, principalmente como consequência de ROP severa, mas também é consequência da prematuridade ou do baixo peso sem antecedentes de ROP (BRASIL, 2011).

Como já foi citado, os nascidos prematuros também estão expostos a perda auditiva. Segundo estudo epidemiológico a deficiência auditiva em neonatos prematuros varia de um (01) a seis neonatos para cada 1.000 nascidos vivos normais. Considerando que a audição normal é essencial para o desenvolvimento da linguagem oral nos primeiros seis meses de vida, torna-se necessário identificar as crianças com perda auditiva antes dos três meses e iniciar a intervenção até os seis meses de idade (BRASIL, 2011).

Por isto já é do padrão para a avaliação neurobiológica identificar se as crianças entre três e quatro meses de idade conseguem orientar a cabeça para o som. Segundo Ministério da Saúde (2002) este comportamento não é rígido ou automático, podendo se desenvolver até os nove meses. No entanto, esta avaliação deve ser criteriosa em se tratando de nascidos prematuros para que o possível diagnóstico de perda auditiva seja precoce. O filho de P8 atenta-se para o barulho do ar condicionado, mas apesar de conseguir esta habilidade aproximadamente com sete meses, ele está dentro dos padrões de desenvolvimento considerado normal pelo Ministério da Saúde (2002).

De barulho do ar condicionado, quando eu ligo, ele já olha para trás, porque ele já sabe que é o ar condicionado que ligou (P8- IC: 9m / IGC:7m2s)

Contudo, no Brasil a idade média do diagnóstico da deficiência auditiva varia em torno de três a quatro anos de idade, podendo levar até dois anos entre a suspeita e

confirmação do diagnóstico, por isto o Ministério da Saúde está adotando estratégia que consiste em realizar a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) em todos os neonatos e lactentes, preferencialmente, na maternidade nos primeiros dias de vida (24 à 48h) e, no máximo, no primeiro mês de vida (BRASIL, 2011).

Até pouco tempo agora estava tratando de saber se ele realmente era surdo, mas graças a Deus não é. Né? Não é! Escuta até demais! (P9- IC: 1a5m / IGC:1a2m)

Se analisarmos o período de internação do filho de P9, perceberemos que ele possui alguns indicadores de risco para deficiência auditiva, segundo Ministério da Saúde (2011), entre eles, peso ao nascimento inferior a 1.500g, uso de medicação ototóxica por mais de cinco dias (esta criança fez uso de Ampicilina e Gentamicina), ventilação mecânica por período superior de cinco dias e permanência em UTI por mais de cinco dias. Estes fatores na história de internação do filho de P9 podem fazer com que ele seja incluído em conjunto de ações em saúde auditiva: triagem, monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e linguagem, diagnóstico e reabilitação. Mas para que o completo acompanhamento da TAN seja eficaz é necessária a articulação, capacitação e integração com a Atenção Básica garantindo o monitoramento e a adesão aos encaminhamentos para unidades especializadas para diagnóstico e a reabilitação, o que ainda não é efetivo no nosso país (BRASIL, 2011).

Reflico que através dos possíveis prognósticos de problemas de visão e audição o quanto é importante o acompanhamento criterioso das crianças nascidas prematuras egressas de UTIN englobando todas as formas visíveis e audíveis da comunicação, visto que é através da observação facial, gestos, movimentos posturais, vocalizações que a criança desenvolve diversas áreas do comportamento, pois a maioria deles envolve a imitação e a compreensão das comunicações de outras pessoas (GESELL, 1999).

O COMPORTAMENTO DE LINGUAGEM

O comportamento da linguagem assume padrões que fornecem indícios da organização do sistema nervoso central da criança. Em nascidos prematuros a atividade de falar pode aparecer tardiamente, já que as primeiras lições que os bebês aprendem sobre a linguagem ocorrem já na vida intra-uterina, a partir do último trimestre de gravidez (SEILD DE MOURA, 2004). Isto remete responsabilidade materna quanto ao acompanhamento e estímulo dos seus filhos nascidos prematuros, porque no caso das crianças deste estudo, elas já haviam nascido no terceiro trimestre gestacional, e para evitar que possíveis atrasos as mães devam se conscientizar que a fala depende também

do meio social em que a criança está inserida.

Esta abordagem é relevante, pois a fala materna dirigida ao bebê tem função muito importante. O “mamanhês”, forma particular de fala da mãe, apresenta uma série de características específicas, entre elas a prosódia, uma conversação cheia de picos e entonações especiais. Esse tipo de linguagem produz no bebê a apetência oral, a avidez, que o leva muitas vezes a ficar extremamente atento à mãe (SEILD DE MOURA, 2009). Percebo que cada mulher, dependendo da sua diversidade cultural encontra a melhor forma de estimular a linguagem no filho.

Eu grito lá, ele fica parado olhando pra mim, sério, tipo assim, 'eu já entendo' (...) aí depois ele começa a gritar também, ele num chora, ele só grita, aí começo a gritar também, aí eu fico: cala boca, aí ele vai e para, aí fica o maior tempão, aí daqui a pouco ri, aí começa a gritar também de novo, aí ele fica lá falando sozinho, tá rá rá ram (P9- IC: 1a5m / IGC: 1a2m)

A partir desta narrativa percebo que para mãe P9 a forma de estimular a linguagem do filho é gritando, e segundo ela, a criança entende os gritos por interagir da mesma forma.

Segundo Seild de Moura (2004), arrulhos ou gorjeios surgem aproximadamente por volta do segundo mês e incluem sons de natureza gutural. Para esta autora, esse comportamento linguístico biológico interage com o plano social. Os adultos que imitam o som produzido pelo bebê propiciam aumento da frequência com que a criança emite essa conduta, como pode estar acontecendo com o filho de P9. Ao ver sua mãe gritar, ele grita também e reproduz quantas vezes a sua mãe o faz. No entanto a melhor forma de estimular a criança não é gritando, pois é importante que a criança aprenda na mais tenra idade que as palavras possuem significado, apesar de muitas vezes não conseguir pronunciá-las.

Os balbucios começam a ocorrer a partir do quarto ou quinto mês e, como consequência das interações sociais, evoluem de modo a incluir apenas fonemas que caracterizam a linguagem nativa (SEILD DE MOURA, 2004). Segundo o Ministério da Saúde (2002) dos nove aos 15 meses de idade a criança inicia a habilidade de falar palavras como *papa*, *mama*, *dada*, sendo que essas palavras não precisam, necessariamente, ter significado.

As vezes faz barulho, mas palavras mesmo ela não fala (...) quando está com sono, com fome ela fala: mama (P10-IC: 1a / IGC:10m2s)

Ao observarmos a IGC da filha de P10, consideramos que ela está desenvolvendo a linguagem adequadamente segundo Ministério da Saúde (2002).

Todavia, a mãe P10 considera déficits no desenvolvimento da fala da filha nascida prematura quando a compara com a filha mais velha nascida a termo. Segundo a narrativa materna, a filha nascida a termo falava palavras completas, quando tinha a mesma idade cronológica (12 meses) da filha nascida prematura.

A mãe de P9 também se preocupa com a fala do filho, apesar de considerá-lo bem desenvolvido para 1 ano e cinco meses (idade cronológica).

Acho que ele está bem desenvolvido, apesar de não estar falando nada ainda (P9- IC: 1a5m / IGC:1a2m)

Esta mãe foi ao fonoaudiólogo para avaliar o desenvolvimento da linguagem no seu filho e segundo P9 a profissional exigiu que a criança em pouco tempo tivesse que estar falando os sons dos bichos. Então a mãe desconsiderou a orientação por achar que a criança “teria o tempo dela” para aprender a falar. Novamente torna-se importante esclarecer para estas mães a respeito da IGC ao se avaliar o desenvolvimento da linguagem do nascido prematuro, evitando ansiedade e preocupações desnecessárias.

Em relação ao estímulo da linguagem nas crianças, não podemos deixar de levar em consideração a qualidade da fala dos pais ao incentivar seus filhos. Segundo Seild de Moura (2009) os adultos devem falar com as crianças com tipo simples de linguagem. Esta deve ser falada com voz aguda, e com ritmo mais lento, do que a conversa entre adultos. As frases devem ser curtas e com vocabulário concreto. Geralmente quando falam com os filhos, os pais também devem repetir o que está sendo dito, como cita fazer P8 e P10.

Olhar no olho dele, abaixar para falar né? (P8- IC: 9m / IGC:7m2s)

Então a gente tenta...as vezes falar perto dela, ficar falando, pausadamente, para ver se ela repete, as vezes eu chego perto dela para ficar falando para ver se ela começa a ficar falando também (P10- IC: 1a / IGC:10m2s)

Este tipo de incentivo é relevante para as crianças, principalmente as nascidas prematuras, posto que diversas modificações cerebrais e inúmeras experiências com outros membros do seu grupo social são necessárias para que o bebê possa dizer sua primeira palavra. Seild de Moura (2004) cita que a criança vai ouvindo e comparando sons produzidos por ela e provenientes do ambiente. Ela nasce com a capacidade cerebral para aprender a falar, mas depende fundamentalmente da experiência para pôr esse processo em ação.

A filha de P11 que possui idade corrigida de 1 ano e sete meses teve suporte profissional para que aprendesse a falar, dado que a aptidão de juntar sílabas, mesmo

sem sentido, muitas vezes ocorre até os 15 meses. Ainda assim, sua mãe se recusa a fazer os exercícios de linguagem propostos pela fonoaudióloga.

Coisa que eu sabia que ela não ia conseguir fazer naquela hora pô! Eu num...num dava né? Ficar toda hora fazendo som de bicho para ela ouvir...minha filha não é bicho cara! (P11- IC: 1a9m / IGC: 1a7m)

No entanto ao analisar a narrativa de vida de P11, percebemos que a forma com que foi criada pode estar influenciando a forma com que incentiva (ou não) o desenvolvimento da filha. Durante a entrevista, P11 cita que se ‘criou’ sozinha, que teve pouco da sua mãe (avó da criança) e que por isso a sua filha deve ser criada de maneira independente também, para não ficar ‘inútil’.

Acho que com ela tem que ser assim também. Eu não tinha quem fizesse dever comigo né? Mas me formei no 2º grau ta? Não tinha quem me explicasse as coisas (...) e penso que a S. vai ter que aprender ser assim também (P11- IC: 1a9m / IGC:1a7m)

Inevitavelmente estimular (ou não) o desenvolvimento infantil da filha, neste caso, tem haver com o fenômeno da transmissão familiar, definido como transgeracionalidade, e a adversidade de padrões familiares. Estes se repetem de uma geração a outra, mesmo que as pessoas envolvidas não percebam. Segundo Wagner (2005) este padrão é definido a partir dos legados, valores, crenças, segredos, ritos e mitos que perpetuam e fazem parte da história familiar determinando os comportamentos.

Wagner (2005) utiliza interessante metáfora para ilustrar esses conflitos. De acordo com ele, a tentativa de rejeição do padrão familiar de origem, em muitos casos, se dá pela busca do modelo oposto. Assim, seria como se encontrar com o outro lado da mesma moeda e inevitavelmente, o sujeito, neste caso a criança nascida prematura, passa a sofrer consequências semelhantes àquelas do padrão vivenciado pela família.

Ou seja, talvez o atraso da linguagem na filha de P11 possa ter relação com a dinâmica familiar em que ela está inserida, uma vez que é através da estimulação ambiental que se propicia a construção de circuitos neuronais em crianças, como argumenta Seild de Moura (2004). Isto significa que o cérebro, estimulado pela voz da mãe falando ou cantando proporciona sinapses, estabelecendo a memória inicial na primeira infância. Contudo, a construção precoce é fundamental para a aprendizagem e para a sobrevivência de muitos neurônios, pois os que não se conectam acabam morrendo.

Desta forma, estimular a linguagem nos filhos torna-se relevante tanto para a

estrutura cerebral quanto para que a criança seja direcionada aos padrões e valores maternos, de acordo com as variações determinadas pelo processo cultural entre as gerações (LEININGER & MCFARLAND, 2006). Podemos notar isto quando analisamos a narrativa de vida de P12 que foi criada e frequenta nos dias atuais a religião evangélica e estimula a fala da filha, que tem a IGC de apenas três meses, cantando louvores da sua igreja, além de colocar a música no aparelho de som para criança ouvir.

Para que aprenda eu canto louvor para ela, comprei um cd de louvor de criança para ela, eu coloco e sei que ela presta atenção (P12- IC: 5m1s / IGC:3m)

Como a linguagem é considerada a primeira forma de socialização da criança, e, na maioria das vezes, é efetuada explicitamente pelos pais através de instruções verbais durante atividades diárias. O pai P3 gravou sua voz em vídeos com desenhos para que a criança, ao ver os vídeos, escutasse a voz paterna e recebesse instruções sobre o que pode fazer e o que não pode fazer através da associação das imagens com o que está sendo dito. Esta também foi a forma que o pai encontrou para ensiná-lo a falar *papai*.

Eu gravei a minha voz, ensinando a ele a certas coisas (...) Porque ele sempre vai ouvir a minha voz quando pensar alguma coisa. Então eu fui gravando o boneco, subia numa cerca: 'aí não pode, não pode, papai'. Papai é a palavra mais repetida, porque é pra ensinar ele, ou então é papa. Aí mostrava umas imagens de bebêzinho brincando, escrevendo, fazendo as coisinhas, aí nessas imagens tinha uma coisa que eu falava: não pode (P3- IC: 7m2s / IGC:6m3d)

Esta criança perdeu a mãe na hora do parto e o pai considera os vídeos a melhor forma de estimular seu filho, enquanto está no trabalho. Ele pede para quem cuida da criança colocar o DVD durante o período em que ele não pode estar com o filho.

Apesar de crianças com seis meses de idade não conseguirem associar a voz com o objeto, no caso o desenho, os enunciados mais prováveis de serem seguidos por resposta imediata delas são aqueles caracterizados por sentenças pequenas e simples, como cita fazer P3. As sentenças longas e complexas têm efeito inibidor da responsividade infantil e enfraquecem a função comunicativa do diálogo, tornando difícil sua compreensão já que os bebês se encontram num nível linguístico inferior (MOUSINHO, SCHMID, PEREIRA, LYRA, MENDES, NÓBREGA, 2008).

Com nove meses as mudanças de atenção tornam-se mais rápidas e diversificadas. Então a criança consegue prestar atenção no som, sem perder de vista o objeto, neste caso o desenho. Com 15 meses a atenção do bebê é coerente, duradoura e

relacionada com sons e objetos aguçando a linguagem, mesmo com palavras soltas e variadas (MOUSINHO, SCHMID, PEREIRA, LYRA, MENDES, NÓBREGA, 2008).

O COMPORTAMENTO ADAPTATIVO

Este comportamento compreende reações pessoais da criança à cultura social em que vive. Estas reações são tão múltiplas, variadas e dependentes do ambiente que o diagnóstico deste comportamento dentro do desenvolvimento infantil torna-se muitas vezes abstrato (GESELL, 1999).

É nesta fase que a criança desenvolve aptidões para alimentar-se, aprende a cooperação e a receptividade ao interagir com a mãe e o seu ambiente, além de aprender importante ato na construção do conhecimento: brincar. Esta atividade demonstra sua importância para a socialização, integração social, bem como para o desenvolvimento cognitivo que ainda está começando (GESELL, 1999).

A ação de brincar e o interesse da criança envolvem sua faixa etária, seu desenvolvimento sócio-afetivo, seus hábitos culturais. Há brinquedos que são universalmente aceitos, não importando muito o material de que são feitos, o tamanho ou mesmo a idade e o sexo da criança (GESELL, 1999). O que importa é que a criança brinque, e experimente os mais variados tipos de texturas e cores. Como fazem as mães de P1 e P8 que estimulam seus filhos com bolinhas coloridas e cubos.

Boto uma bolinha para ele, coisas coloridinhas? Faço dadinhos (P1- IC:11m3s / IGC:8m2d)

Ah...ele brinca com...sempre procuro mostrar esses coloridos né? Assim vermelho, branco, amarelo (P8- IC:9m / IGC:7m2d)

Os cubos e bolinhas coloridas possuem fundamental importância para estimular e avaliar o desenvolvimento infantil. Ressalta-se que os cubos exercem atração quase universal durante toda a lactância e início da infância. Sua cor, tamanho, forma, peso e textura liberam exatamente as reações que se desejam provocar na criança: preensão, quando colocados nas mãos do bebê (1 mês); fixação ocular quando colocados sobre a mesa (quatro meses); preensão por aperto palmar ao serem vistos (seis meses). Além disso, o cubo é capaz de excitar a exploração cada vez mais sofisticada, como bater, levar a boca, morder, inspecionar, esfregar, soltar e lançar.

Igualmente ao cubo, as bolas têm a mesma função, só que se trata de objeto com menos estabilidade. Esta sua característica facilita o intercâmbio social entre a criança e a mãe, no jogo 'dá e toma' de lançar e agarrar a bola instaura-se situação social extremamente importante para as crianças (GESELL, AMATRUDA, 2000;

FIGUEIRAS, SOUZA, RIOS, BENGUIGUI, 2005).

Nota-se então que é através das brincadeiras que a ocorre o desenvolvimento da criança. Segundo Piaget (1989), a maneira da criança assimilar (transformar o meio para que este se adapte às suas necessidades) e de acomodar (mudar a si mesmo para adaptar-se ao meio) deverá ser sempre através do lúdico.

Segundo Figueiras, Souza, Rios, Benguigui (2005) é a partir dos seis meses que as crianças alcançam o brinquedo. Nesta idade é aconselhável os pais fazerem movimentos de bater palmas e emitir ruídos; além de dispor vários brinquedos ao alcance da criança, oferecendo quando ela indicar algum ou empurrando objetos em sua direção. É importante também que a criança tenha objetos presos ao berço, chocalhos e pandeiros, bichos de borracha e livros com imagens bem definidas.

É brinquedo com som, os brinquedos dele tudo é com som para ele ir acompanhando, (...) como se fosse uma fisioterapia, eu mesmo pegava o brinquedo colorido para ele ir acompanhando (P4- IC:7m1s / IGC:6m)

Percebo que escolha dos brinquedos para os filhos está muitas vezes relacionada à ambiência cultural da mãe. A ambiência cultural é constituída por valores, crenças e práticas compartilhadas, apreendidas ao longo das gerações (LEININGER & McFARLAND, 2006). A mãe de P12 achou importante comprar para a filha de apenas três meses uma bíblia infantil para que ao brincar com o livro, decidisse pela religião da mãe.

É...eu já comprei uma bíblia para ela ir se acostumando dentro da palavra desde cedo. A bíblia é cheia de figura, ela ainda não entende que é livro, mas já comprei assim mesmo. Eu virei crente tarde, mas ela vai virar desde cedo (P12- IC:5m1s / IGC:3m)

Os brinquedos nessa idade na maioria das vezes são os pais. Fazer expressões diferentes, mostrar a língua, conversar, cantar, tentar fazê-la acompanhar os movimentos, mostrar luz e sombra, tocar e massagear são ótimas oportunidades para que a criança desenvolva habilidades do comportamento pessoal-social. Os brinquedos mais indicados são os móveis, músicas e contraste de cores (BRASIL, 2002; FIGUEIRAS, SOUZA, RIOS, BENGUIGUI, 2005).

É oportuno enfatizar que a escolha dos brinquedos deve ser feita pelos pais e tal escolha certamente deve levar em consideração o desenvolvimento e a capacidade da criança de manipular com segurança seus brinquedos. Sua maturidade pode ser mais importante que sua idade cronológica.

Qualquer brinquedo, desde que seguro e projetado para a criança pequena, terá

algo a ensinar. Como existe muito a aprender, brinquedos fazem parte de amplo espectro de novas experiências para o bebê. Preocupadas com quais brinquedos oferecer as mães frequentemente solicitam aos profissionais informações sobre os mais apropriados para a idade. Considero que esta informação deve ser dada com cautela porque há necessidade de considerar as particularidades socioeconômicas de cada família, promovendo a individualidade para cuidado congruente, como cita Leininger e McFarland (2006). Isto porque mãe P11 sentiu-se constrangida quando a fonoaudióloga a orientou a comprar para a filha brinquedo da marca Fisher-Price®.

Parei. Acabou. Eles acham que eu ia comprar os brinquedos da Fisher-Price® para ela. Chiques eles são né? Passei longe depois porque o preço me botou para correr (P11- IC:1a9m / IGC: 1a7m)

Ao dar assistência de saúde o profissional deve ter em sua anamnese dados sobre condições socioeconômicas e vincular estas informações às orientações que deverão ser fornecidas. Esclarecimentos que não são pertinentes com os contextos culturais, sociais e econômicos familiares podem afastar a família do atendimento de saúde, como aconteceu com P11. Esta mãe possui renda familiar mensal de R\$470,00 e seria inconveniente comprar brinquedos sofisticados e caros. A atitude da profissional mais adequada teria sido relacionada à acomodação do cuidado, as quais são ações e decisões para assistir, dar suporte, facilitar as pessoas de determinada cultura a adaptar-se (LEININGER & MCFARLAND, 2006), ou seja, a orientação deveria ter sido direcionada para a aquisição de brinquedos como fantoches e marionetes, bichos de borracha e blocos plásticos que teriam a mesma função de aprendizado.

Envolvendo também questões socioeconômicas e culturais, observamos a narrativa de vida de P9. Ela cita que não tem tempo de estimular o filho com brincadeiras e que nunca comprou nenhum brinquedo para o filho que tem IGC de 1 ano e dois meses.

Não tenho tempo, chego em casa já cansada e quando chego tenho que arrumar janta (...) cuidar da casa. Tipo assim, a moça que tava olhando ele que dava mais incentivo. Os brinquedos dele tem mais na casa dela, porque ela que comprava para ele, eu, para ser honesta, até hoje não comprei nenhum brinquedo para ele (P9- IC:1a5m / IGC:1a2m)

Ao analisar o perfil sócio-econômico-cultural sugerido por Leininger e McFarland (2006) verificou-se que a renda mensal desta família é de R\$950,00 sendo que esta mulher trabalha fora do domicílio durante o período do dia e se ocupa com atividades domésticas durante a noite, momento que ela cita estar cansada e estressada.

Notadamente mães que possuem baixa renda econômica e dupla jornada de trabalho podem interagir quantitativamente menos com seus filhos, são menos sensíveis às necessidades do bebê, oferecem poucas oportunidades de estimulação, verbalizam menos durante as interações com a criança, tendem a olhar e variar as expressões faciais com menor frequência, mantêm laços afetivos mais tênues, enfrentam maior estresse, são menos pacientes e comunicativas e frequentemente não interpretam bem as necessidades de seus filhos (KAPPEL, 2007).

Diante deste contexto e devido às questões de gênero que envolve a mulher-mãe, percebo a necessidade de atividades mais amplas e integradas nas três ações/estratégias que foram incorporadas na última década à política de saúde do Brasil pelo Ministério da Saúde: a Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir de 1994; a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), em 1996; e a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, proposta em 2004. Estas ações deveriam objetivar maior acesso aos cuidados básicos de saúde, tornando mais resolutivo o acompanhamento destas famílias nas questões de assistir o desenvolvimento infantil, principalmente daquele nascido prematuro e egresso de UTIN.

Além de aprender a brincar, o comportamento adaptativo envolve a interação com o meio social e este é percebido pelas mães através do sorriso. Segundo Seidl de Moura (2009) as mães como principais cuidadoras possuem expectativas em relação a esta expressão do seu filho, pois é através do sorriso que elas sentem que a criança a reconhece, ficando preocupadas quando não observam tal atitude, como cita P2.

Já acho que ele podia dar um sorrisinho né? Fazer uma gracinha, igual toda criança de três meses já faz né?(...) Eu mexo assim a boquinha dele e nem um sorriso ele abre para mim (P2- IC:3m2s / IGC:1m1s)

Esta criança possui idade cronológica de três meses o que faz com que sua mãe a compare com crianças da mesma idade cronológica. Novamente torna-se importante esclarecer sobre a IGC ao considerar atividades de desenvolvimento infantil em crianças nascidas prematuras. Ao considerar que o filho de P2 possui IGC de um (01) mês, Gesell (1999) nos esclarece que nesta idade o bebê ainda não está apto para estimulação social e algumas crianças não chegam a manifestá-la antes dos dois meses.

Para Figueiras, Souza, Rios, Benguigui (2005) crianças com seis semanas são capazes de realizar o sorriso social. Este pode ser avaliado quando a mãe coloca a criança deitada de costas, e com sorrisos e conversas, a criança responde sorrindo. Este

sorriso deve ser resposta social e não física. O Ministério da Saúde (2002) em sua ficha de avaliação esclarece que é com dois meses que a criança ri espontaneamente, com quatro meses é capaz de reagir com sorrisos através da sua imagem no espelho e com sete meses de idade é que está comunicativamente mais expansiva (GESELL,1999).

Brinco, faço ele rir, porque ele já está rindo, pego no queixinho dele (P8- IC:9m / IGC:7m2s)

É através do comportamento adaptativo que, além de brincar, sorrir e interagir, aprendem também as convenções sociais de acordo com a cultura materna. Este se torna marco importante no desenvolvimento infantil; Gesell (1999) considera que através do comportamento pessoal e social a criança alcança a sua individualidade quando adultos. É neste momento que as mães orientam suas decisões e suas ações de maneira padronizada e frequentemente entre gerações para estimular o desenvolvimento social dos seus filhos (LEININGER e MCFARLAND, 2006).

Algumas práticas para o desenvolvimento social da criança podem parecer excessivas ao olhar do Enfermeiro, mas ao conhecer aspectos das atitudes maternas, torna-se significativo apreender esta forma de cuidar a ponto de conseguirmos acomodá-lo, preservando o valor cultural popular, que neste caso se mistura com o saber *etic*.

A disciplina começa quando a gente aprende na UTI! (...)Mamadeira de três em três horas, seguia corretamente a quantidade do leite. Eu gosto de disciplina! 9h dou um banho nele, porque é sempre 9h que eu acho que ele tem que tomar banho. Tem sol quente? Umas 3-4h eu dou outro banho nele, mas sempre nesse horário. A mamadeira dele rigorosa! Igual eu gosto da hora certa! Se eu me atraso, eu me cobro: 'Caramba! Pode acontecer alguma coisa por causa disso!' (P2- IC:3m2s / IGC:1m1s)

A introdução da disciplina no domicílio envolve o contexto de interação entre mães e filhos, e pode ser considerado processo de iniciação às regras das práticas educativas familiar, influenciando diretamente no desenvolvimento pessoal-social das crianças, como cita Mondin (2008). Esta autora argumenta que na família os comportamentos das mães formam cadeia de transmissão de regras de estilo de comportamentos que são aprendidos e seguidos desde o primeiro ano de vida. Por exemplo, é neste momento que as mães direcionam o horário da alimentação, de tomar banho, de dormir, e outros hábitos culturais que, muitas vezes, se perpetuam durante toda a vida do indivíduo.

Assim, sob orientação da família, a criança vai dando os primeiros passos no sentido da sua autonomia, começando pela alimentação e higiene. A mãe começa desde cedo a envolver a criança nas atividades diárias para que comportamentos sejam adquiridos. A filha de P12 possui IGC de três meses, mas sua mãe já se preocupa em ensiná-la sobre o banho e a alimentação, apesar de ser somente com 12 meses que a criança reage bem à demonstração e olha atentamente as expressões faciais.

Na hora de dar banho eu fico falando com ela para quê serve o banho, que ela vai ficar cheirosa para esperar o papai e tudo. Na hora de comer, (...) eu falo para ela que tem que comer, porque comer ajuda ela a crescer (P12- IC:5m1s / IGC:3m)

Outras alterações não tão evidentes, mas fundamentais, são as noções do certo e errado, associadas ao desenvolvimento moral da criança. Esta fase do desenvolvimento infantil não deve ser negligenciada, pois segundo Kant (1996, p. 15) “o homem não nasce homem, mas se faz homem por meio da educação”.

Concordo com Piaget (1994) sobre a idéia de que o ser humano constrói sua personalidade através das relações com o meio social em que vive, e por isto a criança deve ser considerada ser ativo desde a primeira infância, onde através das relações interpessoais com a mãe e família, é capaz de construir seus valores e normas de conduta. Isto é observado na narrativa de P4 ao citar que ao inserir a disciplina na criação de seu filho é com propósito de instruir a honestidade na vida dele.

“Quando eu falo não é não (...). Porque quando cresce é assim: roubou a mãe. Não quero isso para ele. Quero ele certo, estudando. (...)A obrigação dele é estudar para ser alguém na vida” (P4- IC: 7m1s / IGC:6m)

Neste contexto é preciso a Enfermagem, como profissão capaz de avaliar e acompanhar o desenvolvimento infantil, atentar-se também com a qualidade do meio em que a criança está vivendo para que no futuro possam contribuir para o progresso da sociedade em que vivem.

Do mesmo modo esta preocupação é da maioria dos participantes que narraram sua vida neste estudo. Percebo que em muitos casos o que a criança vive no ambiente familiar é o que transmitirá em suas relações futuras. Piaget (1994) considera que se o relacionamento for assegurado em respeito mútuo consequentemente as crianças desenvolverão a habilidade de aprenderão a respeitar os demais, como é o desejo da mãe de P12.

Quero que ela seja uma moça educada, saiba ser agradecida e pedir desculpas quando cometer erros (P12- IC:5m1s / IGC:3m)

Em sua visão, Leininger e McFarland (2006), a mulher-mãe organiza o seu mundo conforme seus valores e crenças, segundo a cultura em que está inserida, refletindo também o pensamento dos seus pares, neste caso, os seus filhos.

Embora o desenvolvimento infantil progrida de maneira ordenada, noto que o ambiente influencia o melhor desenvolvimento, principalmente de crianças nascidas prematuras. Na análise de Winnicott (2006) a habilidade de criar filhos não é a capacidade instintiva somente, porém é processo aprendido e adquirido. Segundo este autor, a mãe não pode aprender a fazer coisas que lhe competem, como estimular o desenvolvimento infantil, somente a partir de livros, enfermeiras ou médicos. Ela pode ter aprendido muito a partir do fato de já ter sido criança, e a partir da observação de outros pais com seus filhos, e do fato de ter ajudado a tomar conta de seus irmãos.

A narrativa das mães e do pai de crianças nascidas prematuras egressas de UTIN mostrou que incentivam o desenvolvimento dos seus filhos de forma positiva, estimulando suas potencialidades com os recursos de saúde e materiais que tem acesso, apesar de terem consciência que as precárias condições socioeconômicas que a sua família está envolvida, como as dificuldades financeiras, moradia insalubre, saneamento básico adequado, baixa escolaridade e violência urbana, podem interferir no desenvolvimento infantil dos seus filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa em questão demonstra que as mães de nascidos prematuros constituem grupo cultural que compartilha conhecimentos, valores, símbolos e significados desenvolvidos por meio de interações sociais. A perspectiva transcultural adotada neste estudo me permitiu não só identificar características do contexto social e cultural das mães e de um pai que tiveram a experiência de terem filhos prematuros, como também tentar incentivar o trabalho do enfermeiro neste contexto cultural, principalmente quando se trata de acompanhar o egresso de UTIN, quanto ao desenvolvimento infantil, no ambulatório de *follow up*.

Entendo que os dados e situações levantados devem vir a ser usados na promoção de assistência mais articulada, culturalmente pertinente e que respeite o saber popular das mães e pais que ao saírem da UTIN com seus filhos precisam cuidar no domicílio para que eles desenvolvam-se enquanto crianças saudáveis. A Etnoenfermagem, enquanto método unido aos preceitos da Teoria do Cuidado Cultural permitiu ao longo da pesquisa, a construção dos fatores culturais e sociais maternos e o desenvolvimento infantil de crianças egressas de UTIN.

De modo nítido o estudo permite inferir que o parto prematuro acontece quando relacionado não somente aos riscos gestacionais biológicos, mas também quando associado às características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis. Isto porque a maioria dos envolvidos possui precárias condições socioeconômicas, baixa escolaridade, imbricados ao uso de drogas lícitas, como tabagismo e alcoolismo, e violência física doméstica.

Apesar de não associar a inadequação da assistência ao pré-natal e prematuridade, já que se considerou a correção do número de consultas pela duração da gravidez, percebo que existem falhas na identificação dos riscos gestacionais. Considero que a avaliação destes riscos deve ser realizada em todas as consultas de pré-natal até o momento do parto, com análise criteriosa para o acompanhamento em níveis mais complexos da assistência à saúde, para que não evolua a óbito no momento do parto.

Os achados discutidos no presente estudo corroboram com a literatura, mostrando a presença de preocupações e dúvidas em relação ao estado de saúde e desenvolvimento do bebê após o nascimento até o momento da alta, os quais ainda interferem na maternagem e na interação da mãe com o seu filho. Percebo que as mães de forma geral e principalmente o pai (P3) mostraram-se bastante inseguros diante da

prematuridade, características físicas, como tamanho, peso e tonicidade, e diante de eventuais complicações clínicas do filho, e por isso, relataram dificuldades no manejo com eles.

Apesar de algumas mães não se sentirem a vontade para maternar dentro da UTIN, noto o quanto elas parecem buscar incentivo e reconhecimento de seu esforço por parte da equipe que compõe a UTIN, na medida em que o contexto lhes geravam angústia e cansaço. Algumas, porém, relataram receber apoio de alguns profissionais, enquanto que de outros houve distanciamento, tornando-as, muitas vezes, inseguras e inibidas diante da equipe.

Uma abordagem que chama atenção é em relação à amamentação. As lembranças maternas em relação ao estímulo da equipe de enfermagem à amamentação durante a internação do filho foi sentido, de modo geral, como obrigação. Apesar de no senso comum está enraizado que o cuidado primordial da mulher no período do puerpério seja o incentivo ao aleitamento materno, devemos refletir sobre o cuidado culturalmente congruente proposto por Leininger (2006), onde a mulher deve ser respeitada na sua individualidade e escolhas, uma vez que existem variadas abordagens culturais envolvendo maternagem e amamentação, inclusive questões relacionadas ao aleitamento materno cruzado, como proposto por uma mãe. Desta forma, a negociação e repadronização do cuidado devem ser expostas as mulheres que vivenciaram a prematuridade, entre eles a possibilidade de utilizar leite materno dos bancos de leite.

Diante disto, cabe ressaltar a importância da equipe multidisciplinar na UTIN, reconhecer o sofrimento das mães gerado pela situação da prematuridade e, em particular, perda do bebê tão sonhado - o imaginário - e da necessidade de dar-se tempo para o processo gradual de aproximação e formação de vínculo na díade mãe-filho. Para isto sugiro espaço no qual as mães possam externar seus sentimentos e contar suas experiências diante do nascimento prematuro, reconstruindo aos poucos, a história de vida do seu filho e ressignificando a comoção inicial associada ao nascimento e internação do seu filho. Considero importante também o acompanhamento profissional para os outros filhos desta mulher, que muitas vezes ficam distantes das mães por longos tempos, a par da situação, gerando traumas que poderão comprometer seu desenvolvimento tanto no âmbito familiar como o desempenho escolar.

Frente a isto evidencia-se que o acompanhamento da equipe de profissionais da UTIN, principalmente da equipe de enfermagem, por permanecer mais próxima do bebê, é fundamental, já que, além de trabalhadores da saúde são educadores que podem

amenizar os desconfortos diante da possibilidade de alta da criança. Neste momento as mães se mostram inseguras em relação aos cuidados com os filhos, uma vez que o aparato tecnológico, que garantiu a vida do seu filho por tanto tempo, não iria de ‘brinde’ para o domicílio. Em alguns casos percebo que mesmo com a emoção e alívio no momento da alta hospitalar do filho, as mães tiveram o desejo de deixá-los em lugar seguro: o hospital.

O estudo aqui apresentado ratifica que as mães possuem muitas dúvidas em relação ao cuidado e sobre o desenvolvimento infantil de seus filhos, demonstrando a importância da continuidade de acompanhamento destas mães e de seus bebês por parte de equipe multiprofissional ao longo dos primeiros meses em casa. No entanto, resalto a relevância de adentrar no contexto cultural e social do ambiente de cada criança para que a avaliação e acompanhamento do desenvolvimento infantil seja realmente efetivo e significativo.

Refletindo sobre isso, me questiono se existe a possibilidade de analisar o desenvolvimento da criança, por exemplo, em seu primeiro ano de vida sem levar em conta, simultaneamente, o contexto sociocultural daqueles que cuidam dela e valorizam sua presença desde o nascimento, os hábitos e valores da sua cultura, os recursos que favorecem ou atrapalham sua caminhada evolutiva ao pleno desenvolvimento?

Creio que seria análise incompleta se dissociarmos, na avaliação do desenvolvimento infantil, o contexto ambiental e sociocultural em que ela está inserida, uma vez que no caso do ser humano, a característica marcante da nossa espécie é o longo período de imaturidade inicial do desenvolvimento, a dependência dos adultos para sobreviver e a capacidade de aprender complexas regras de sociabilidade e herança cultural que passa de geração a geração. Isto porque as crianças apresentam certas características que só adquirem significado à medida que são entendidas na perspectiva do desenvolvimento infantil (SIELD DE MOURA, 2004).

Em se tratando do desenvolvimento infantil do nascido prematuro, percebo o quanto é primordial esclarecer às mães e chamar a atenção dos profissionais em relação à IGC, ao se avaliar e estimular o desenvolvimento de crianças prematuras. Posto que situações de estresse são geradas quando a mãe compara seu filho nascido prematuro com criança com a mesma idade cronológica, mas que nasceu a termo. Invariavelmente os tempos são diferentes, e este esclarecimento deve partir através do cuidado *etic* no decurso do acompanhamento de saúde da criança.

Compreendo a extrema importância de acreditar no que os pais dizem. Atentei que eles são bons observadores do comportamento do filho e não procuram ajuda profissional com intenção de enganá-los. O ônus da prova de que estão errados cabe ao examinador e creio que terá dificuldades muito maiores no diagnóstico se não considerar o relato dos pais. Será mais difícil ainda se não investigar a situação socioeconômica e cultural desta família ou quando fornecer orientações em como estimular seus filhos no domicílio. Verifico que a individualidade deve imperar em cada caso, predominando o cuidado culturalmente congruente para que as mães se sintam acolhidas com seus filhos no atendimento de saúde.

No entanto percebo que o acompanhamento do desenvolvimento infantil é limitado a alguns profissionais, principalmente no ambulatório de *follow up* do HU, cenário deste estudo. Pode-se deduzir por essas razões, que o acompanhamento do desenvolvimento infantil necessita da equipe multiprofissional, por carecer de intervenções que fogem da competência de um só profissional. Entretanto, cada profissional envolvido nesse acompanhamento terá visão complementar do cuidado de acordo com o domínio da área que está sob a sua responsabilidade, com os aspectos que vivencia na prática profissional e com a visão de mundo de cada um.

A importância dos cuidados de enfermagem com a criança no acompanhamento do seu desenvolvimento vai além da realização de técnicas e da utilização de instrumentos como réguas, balanças, gráficos e cartões. Tais cuidados são convites para a compreensão do outro. É uma relação que se dá no processo de trabalho, no cotidiano do cuidado à criança e nesse sentido, ao intervir sob a forma de trocas, orientações e observações, a enfermagem poderá ampliar sua dimensão, favorecendo o relacionamento com o outro, numa interação que reconhece necessidades e limitações, bem como resgata o cuidado com o ser humano, buscando atenção integral à saúde da criança dentro do seu ambiente cultural.

Sendo assim, recomendo a consulta de enfermagem no ambulatório de *follow up* para o acompanhamento dos nascidos prematuros egresso de UTIN. O enfermeiro, com o objetivo de monitorar o desenvolvimento do grupo infantil, não pode perder de vista a promoção da saúde por meio de ações educativas, que consistem em avaliar e promover a aquisição de competências para atender também a outras necessidades da criança, tais como comunicação, higiene, imunização, sono, nutrição, afeto, amor, solicitude e segurança. Para isso é necessário que as mães sejam orientadas pela enfermagem, incentivadas e se sintam seguras nos cuidados com a criança após a alta da UTIN.

Este tipo de cuidado de enfermagem também pode ser demandado às crianças através da Estratégia Saúde da Família, já que estes profissionais são responsáveis por organizar ações direcionadas às crianças menores de cinco anos neste nível da atenção, além de possuírem a oportunidade de realizar diagnóstico situacional da saúde, após a alta hospitalar, no núcleo familiar e identificar as adversidades locais, com a finalidade de acompanhar de maneira integral o desenvolvimento infantil, inclusive das egressas de UTIN, que merecem atenção diferenciada pelos riscos biológicos que já foi exposta.

Mas o que se observa é a fragilidade do Sistema de Saúde devido os serviços serem oferecidos de modo parcial a grande parte da população. Há descompasso entre a avançada política pública e a escassez quantitativa e qualitativa dos serviços de atendimento perinatal e as crianças egressas de UTIN em níveis complexos e básicos da atenção à saúde, que tem sido responsável pelos graus importantes de mortalidade materna e morbidade infantil, em elencos de agravos absolutamente evitáveis.

Desta forma esta pesquisa me permitiu evidenciar a importância do Enfermeiro no acompanhamento do egresso de UTIN, onde ele necessita inserir-se no mundo da criança e ser capaz de visualizar os problemas de saúde e da família dela, a fim de lhe propor educação e cuidar autênticos. O entendimento das reflexões emanadas de Boff (1999) e Heidegger (1997) é relevante na execução da assistência de enfermagem: o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. É atividade fundamental de um modo de ser, mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro, com desvelo e solicitude.

Diante disso, o acompanhamento do estado de saúde da criança é “cuidar” para que ela atinja o crescimento pessoal e social. Para isso, é necessário que o enfermeiro conheça e tenha domínio dos procedimentos que integram a consulta de enfermagem, a fim de desempenhar o cuidar sistematizado, ordenado, autêntico e solícito para o acompanhamento do desenvolvimento infantil de crianças nascidas prematuras.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, C. A. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: Razões para sua permanência. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2006; v.28, n.7, p.377-379.
- ALMEIDA, K. M.; DUTRA, M. V.; DE MELLO, R. R.; REIS, A. B.; MARTINS, P. S. Concurrent validity and reliability of the Alberta Infant Motor Scale in premature infants. **J Pediatr (Rio J)**. 2008; v.84, n.5, p. 442-448.
- ANJOS, L. S.; LEMOS, D. M.; ANTUNES, L. A.; ANDRADE, J. M. O.; NASCIMENTO, W. D. M.; ARAGÃO, V. M. F.; BETTIOL, H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**. 2003; v.37, n.4, p. 456-462.
- ARAÚJO, B. B. M. I.; RODRIGUES, B. M. R. D.; RODRIGUES, E. C. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. **Rev. enferm. UERJ**. 2008; v.16, n. 2, p.180-186.
- BALDWIN, A. L. **Teorias de desenvolvimento da criança**. Tradução de Dante Moreira Leite. 2.ed. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1980.
- BAHIA, C. C. S. **O pensar e o fazer na creche: um estudo a partir de crenças de mães e professoras**. [tese de doutorado]. 2008. Programa de Pós-Graduação em Teorias de Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém.
- BELTRAMI, L. **Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no desenvolvimento infantil** [dissertação de mestrado]. 2011. Programa de Pós Graduação em Distúrbio da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul.
- BERNARDO, M. A. R. **Vinculação e estratégias de coping em mães de crianças prematuras**. [dissertação de mestrado]. 2012. Faculdade de Ciências Universidade do Porto. Porto.
- BERTAUX, D. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. Tradutores: Zuleide Alves Cardoso Cavalcante, Denise Maria Gurgel Lavallée. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2010.
- BERTELLE, V.; SEVESTRE, A.; LAOU-HAP, K.; NAGAHAPITIYE, M. C.; SIZUN, J. Sleep in the neonatal intensive care unit. **J Perinat Neonatal Nursing**. 2007, v.21, n.2, p.140-148.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes,

1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS** [online]. Brasília: 2011. Disponível em: <http://datasus.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS** [online]. Brasília: 2013. Disponível em: <http://datasus.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política nacional de atenção integral a saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Políticas para a Mulher: relatório da Gestão 1999/2002 da Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher**. Brasília: Ministério da Justiça, 2002.

BETRÁN, A. P.; WOJDYLA, D.; POSNER, S. F.; GÜLMEZOGLU, A. M. National estimates for maternal mortality: an analysis based on the WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. **BMC Public Health**. 2005; v. 5, p.131-142.

BOUSSO, R. S.; SERAFIM, T. S.; MISKO, M. D. Histórias de vida de famílias de crianças com doenças graves: relação entre religião, doença e morte. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2010; v.18, n.2, p. 11-17.

BORDIN, M. B. M. **Desenvolvimento psicológico na fase escolar de crianças exprematuras, diferenciadas quanto ao risco clínico neonatal**. 2005. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, São Paulo.

BRUM, E. H. M. de; SHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciênc e saúde coletiva**. 2004; n.9, v.2, p. 457-467.

BRUM, E. H. M. de; SHERMANN, L. Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. 2007; v. 17, n.2. p.12-23.

CALDEIRA, A. P. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Rev Bras Enferm**. 2012; v.65, n.4, p. 571-577.

CAPRARA, A., LANDIM, L. P. Ethnography: use, potentialities and limits in health research. **Interface**. 2008; v.12, n.25, p. 363 - 376.

CIA F; WILLIAMS LCA; AIELLO ALR. Influências paternas no desenvolvimento infantil:revisão da literatura. **Psicol Esc Educ**. 2005; v. 9, n. 2, p. 225-233.

COIMBRA, L. C.; SILVA, A. A. M.; MOCHEL, E.G.; ALVES, M. T. S. S. B.; RIBEIRO, V. S.; DURAES-PEREIRA, M. B. B. B.; NOVO, N. F.; ARMOND, J. E. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona Sul, no município de São Paulo. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2007; v.12, n. 2, p.465-476.

COUTO, F.F.; PRAÇA, N.S. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para a alta hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2009; v.13, n.4; p. 886-891.

ESTEBAN, M. P. S. **Introducción al programa de análisis de datos cualitativos Atlas-ti 5.0**. Barcelona: Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona, 2006.

- FALBO, B. C. P.; ANDRADE, R. D.; FURTADO, M. C. C.; MELLO, D. F. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. **Rev bras enferm.** 2012; v.65, n.1, p. 148-154.
- FELDMAN, R. D; PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano.** 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- FIGUEIRAS, A. C.; SOUZA, I. C. N.; RIOS, V. G.; BENGUIGUI, Y. **Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI.** OPAS/OMS. Washington, D.C. 2005.
- FLECK, A. **O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade** [dissertação de mestrado]. 2011. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- FREUD, A. **Infância Normal e patológica: Determinantes do desenvolvimento.** Tradução de Álvaro Cabral. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cad. Saúde Pública.** 2010; v.26, n.4, p.738-746.
- GESELL, A. **A criança de 0 a 5 anos.** 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
- GESELL, A. GESELL E AMATRUDA. **Diagnóstico do desenvolvimento: avaliação e tratamento do desenvolvimento neuropsicológico do lactente e da criança pequena, o normal e o patológico.** 3a ed. São Paulo: Atheneu; 2000.
- GORGULHO, F. R. **Tão perto, tão longe: a vivência do enfermeiro na construção/desenvolvimento da relação mãe/recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.** [Dissertação de Mestrado]. 2009. Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- GORGULHO, P. R.; PACHECO, S. T. A. Amamentação em uma unidade neonatal. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** 2008; v.11, n.1, p. 19-24.
- HAEUSSLER, I. M.; RODRÍGUEZ, S. **Programas de Estimulación Temprana: uma revision critica.** In. BRASILIC, S *et alli.* Estimulación Temprana: Importancia Del ambiente para desarrollo Del niño. 2ª ed. Santiago: Unicef, 1979.
- HAYAKAWA, L. Y.; MARCON, S. S.; HIGARASHI, I. H.; WAIDMAN, M. A. P. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Bras Enferm.** 2010; v.63, n.3, p. 440-445.
- HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo.** 5º ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- KAKEHASHI, T. Y. Editorial. **Acta paul enf.** 1996; v.9, n. esp, p.15-16.

- KANT, I. **Sobre a pedagogia**. Trad. Francisco Cock Fontanella. Piracicaba: UNIMEP, 1996.
- KAPPEL, D. B. **Índice de desenvolvimento infantil no Brasil: uma análise regional**. *Rev bras educ.* 2007; v.12, n.35, p.232-240
- KOBARG, A. P. R.; SACHETTI, V. A. R., VIEIRA, M. L. Valores e crenças parentais: reflexões teóricas. **Rev bras crescimento desenvolv hum.** 2006; v. 16, p. 96-102.
- LAMY FILHO, F.; MEDEIROS, S. M.; LAMY, Z. C.; MOREIRA, M. E. L. Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís - MA. **Ciênc. saúde coletiva.** 2011; v.16, n.10, p. 4181-4187.
- LEININGER, M. M. **Culture care diversity & universality: a theory of nursing**. New York (US): National League for Nursing Press; 1991.
- LEININGER, M. M. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando. Guine & Stratton, Inc. 1985.
- LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. **The theory of culture and the etnonursing research method**. In M. Leininger & McFarland (eds). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. 3rd ed.pp.71-116. New York: McGraw-Hill, 2002.
- LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality- a worldwide nursing theory**. 2º Ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc.,2006.
- LINHARES, I. M. B.; MARTINS, M. B.; MARTINEZ, F.E. Indicadores de desenvolvimento na fase pré-escolar de crianças nascidas pré-termo. **Psicol em Estudo**. 2005; v. 10, n. 2, p. 235-243.
- MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 3a ed. São Paulo: Sarvier; 2003.
- MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES A. M. H. (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-142.
- MARTINS CORRÊA, D. A. M.; HARUMI, H. I. H. Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem. **Rev Rene**. 2011; v.12, n.4, p.849-58.
- MONDIN, E. M. C. Práticas educativas parentais e seus efeitos na criação dos filhos. **Psicol. Argum.** 2008; v. 26, n. 54, p.233-244.
- MORAIS, A.C.; QUIRINO, M. D., ALMEIDA, M. S. O cuidado com a criança prematura no domicílio. **Acta paul enferm.** 2009; v.22, n.1, p. 24-30.

- MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. **Quando a Vida Começa Diferente: O Bebê e sua família na UTI Neonatal**. Rio de Janeiro. FioCruz, 2006.
- MOUSINHO, R.; SCHIMD, E.; PEREIRA, J.; LYRA, L.; MENDES, L. Aquisição e desenvolvimento da linguagem: dificuldades que podem surgir neste percurso. **Rev Psicopedagogia**. 2008; v.27, n.78, p. 297-306.
- NAZARETH, I. V.; SANTOS, I. M. M.; GONÇALVES, A. P. O.; SOUZA, E. S. Risco para o desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. **Rev enferm UFPE on line**. 2013; v.7, n. 2, p. 328-336.
- NOGUEIRA, C. M. R. **Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e prática de aleitamento cruzado na unidade hospitalar e maternidade Venâncio Raimundo de Souza – Horizonte- Ceará**. [dissertação de mestrado]. 2009. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- World Health Organization. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science and medicine**. 1995; v.41, n.10, , p.403-409.
- OLIVEIRA, V. C.; CADETE, M. M. M. A consulta de Enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Rev reme**. 2007; v.11, n. 1, p. 77-80.
- ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B.; PAGLIUCA, L. M. F. Sunrise Model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. **R Enferm UERJ**. 2007; v. 15, n. 1, p.130-135.
- PADOIN, S. M. M.; TERRA, M. G.; SOUZA, I. E. O. Mundo da vida da mulher que tem hiv/aids no cotidiano da (im)possibilidade de amamentar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2011; v. 15, n. 1, p.13-2.
- PIAGET, J. **O Juízo moral da criança**. 2ª Ed. São Paulo: Summus, 1994.
- PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação**. 3ªed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- PINTO, A. I.; BARROS, S.; AGUIAR, C.; PESSANHA, M.; BAIRRÃO, J. Relações entre idade desenvolvimental, dimensões do comportamento psico-social e envolvimento observado. **Aná. Psicológica [online]**. 2006, v.24, n.4, p. 447-466.
- RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. A escolha do cuidado alternativo para o bebe e a criança pequena. **Estud psicol**. 2004; v.9, n.3, p.497-503.
- RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F.; SILVA, E. M. K. Fatores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança. **Pediatria (São Paulo)**. 2007; v.29, n.2, p.117-128.

- ROCHA, D. C. S.; BEZERRA, M. G. A.; CAMPOS, A. C. S. Cuidados com os bebês: o conhecimento das primíparas adolescentes. **Esc. Anna Nery R. Enferm.** 2005; v.9, n.3, p. 365-371.
- SALGADO, A. P. N.; ADIRSON, D. M.; CAVA, A. M.; CAMACHO, K. G.; O sono do recém-nascido em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UERJ.** 2011; v.19, n4, p.644-9.
- SANTOS, I. M. M. **A maternagem de mulheres com filho pré-termo: bases para assistência Enfermagem neonatal** [tese de doutorado]. 2009. Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- SANTOS, L. M.; SILVA, C. L. S.; SANTANA, R. C. B.; SANTOS, V. E. P. Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Bras Enferm.** 2012; v.65 n.5, p. 788-794.
- SANTOS, M. C. L.; MORAES, G. A.; VASCONCELOS, M. G. L.; ARAÚJO, E. C. Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. **Rev enferm UFPE on line.** 2007; v.1, n.2, p.140-49.
- SEIDL DE MOURA, M. L. **Bases para uma psicologia do desenvolvimento sociocultural e evolucionista. Temas pertinentes à construção da psicologia contemporânea.** Belém; EDUFPA, 2005.
- SEIDL DE MOURA, M. L.; MENDES, D. M. L. F. Expressões faciais de emoção em bebês: importância e evidências. **Rev REVIPSI.** 2009; v.9, n.2, p. 307-327.
- SEIDL DE MOURA, M. L. **O bebê do século XXI e a psicologia em desenvolvimento.** São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2004.
- SENADO FEDERAL. **Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA: Lei nº 8069**, de 13 de Julho de 1990. Brasília (DF): Gráfica do Senado;1991.
- SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M.; FERNÁNDEZ, A. M.; SANTOS, I. M. M. A importância da interação mãe-bebê no desenvolvimento infantil: a atuação da Enfermagem materno-infantil. **R Enferm UERJ.** 2006; v.14, n. 4, p.606-612.
- SILVA, N. D. S.; HOLANDA, I.; LAMY FILHO, F.; GAMA, M. E. A.; LAMY, Z. C.; PINHEIRO, A. L.; SILVA, D. N. Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** 2011, v.21, n.1, pp. 85-98.
- SILVA, M. B. D. **Saberes e práticas do cuidado materno na doença respiratória infantil** [Dissertação de Mestrado]. 2009. Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SILVA, P. L.; SANTOS, D. C. C.; GONÇALVES, V. M. G. Influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6º ao 12º meses de vida. **Rev bras fisioter**. 2006; v. 10, n.2, p. 225-231.

SILVA, R. F. **Valores culturais que envolvem o cuidado materno ribeirinho: subsídios para a Enfermagem** [Dissertação de Mestrado]. 2009. Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SCARABEL, C. A. **A experiência da puérpera com o parto prematuro e a internação do seu recém-nascido numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo a partir da psicologia analítica** [dissertação de mestrado]. 2011. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SCHMIDT, K. T.; BESSA, J. B.; RODRIGUES, B. C.; ARENAS, M. M.; CORRÊA, D. A. M.; HIGARASHI, I. H. Recém- nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da Enfermagem. **Rev Rene**. 2011; v.12, n.4, p. 849-58.

SCHMIDT, K. T.; BESSA, J. B.; RODRIGUES, B. C.; ARENAS, M. M.; TRAVASSOS, D. A.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc saúde coletiva**. 2006; v.11, n. 4, p.975-86.

SPITZ, R. A. (2004). **O primeiro ano de vida**. Traduzido do original inglês por E. B. da Rocha (1965/1979). 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes.

SPONG, C. Y. Defining "term" pregnancy: recommendations from the Defining "Term" Pregnancy Workgroup. **JAMA**. 2013; v. 309, p. 2445–2446.

TRONCHIN, D. M. R. A experiência de tornarem pais de prematuro: um enfoque etnográfico. **Rev Bras enfermagem**. 2005; v.58, n.1, p.49-58.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública**. 1994; v.10, n.4, p. 497-504.

UNICEF. **Pobreza Infantil e disparidades em Moçambique 2010**. Relatório Sumário. Naputo, Moçambique, 2011.

VIEIRA, M. L. F.; BICALHO, G. G.; SILVA, J. L. C. P.; FILHO, A. A. B. Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. **Rev paul pediatr**. 2007; v.25, n.4, p.343-348.

- VIEIRA, M. E. B.; LINHARES, M. B. M. Developmental outcomes and quality of life in children born preterm at preschool- and school-age. **J Pediatr (Rio J)**. 2011; v. 87, n.4, p. 281-291.
- VILELA, M. B. R.; BONFIM, C.; MEDEIROS, Z. Mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias: reflexo das desigualdades sociais em um município do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. 2008; v. 8, n. 4, p.455-461.
- VICTORIA, C.; BARROS, F. A questão da sobrevivência infantil no mundo e sua relevância para as Américas. **Cadernos ESP - Escola de Saúde Pública do Ceará**. 2005; v.1, n. 1, p.1-10.
- WAGNER, A. **Como Se Perpetua a Família? A Transmissão dos Modelos Familiares**. ADRIANA WAGNER (coord.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. 166p.
- WELTER, I.; CETOLIN, S. F.; TRZCINSKI, C.; CETOLIN, S. K. Gênero, maternidade e deficiência: representação da diversidade. **Texto Contexto Enferm**. 2008; v. 7, n. 1, p. 98-119.
- WINNICOTT, D. W. **Os Bebês e suas Mães**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 98p.
- ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Rev Bras Psiquiatr**. 2005; v. 27(Supl II):S56-64.
- ZVEITER, M.; PROGIANTI, J. M. A dimensão psíquica valorizada nos cuidados imediatos ao recém-nascido. **R Enferm UERJ**. 2006; v.14, n.4, p.593-598.

APÊNDICES

APÊNDICE 1
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Resolução nº 196/ 96- Conselho Nacional de Saúde

Prezada Depoente,

Você foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: Influências sociais e culturais maternas no desenvolvimento infantil dos egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), que tem por objetivo identificar e analisar a influência dos fatores sociais e culturais maternos no desenvolvimento do prematuro egresso de UTIN.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas em forma de questionário e entrevista. O questionário traçará seu perfil sócio-econômico-cultural e a entrevista constará de uma única pergunta: **Fale sobre sua vida em relação ao cuidado com seu filho (nome da criança egressa de UTIN) após a alta hospitalar.** A resposta será gravada em mp3 e/ou fita K-7 para posterior transcrição – Estes instrumentos serão guardados por cinco (05) anos e incinerados após esse período.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhuma fase do estudo será divulgado o seu nome. Será garantido o sigilo e o anonimato. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados serão informados para as entrevistadas.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos relacionados à sua participação são mínimos, pois abordaremos questões pessoais. Os benefícios da sua participação serão de ampliar o conhecimento científico na área da Enfermagem em Saúde Neonatal e colaborar com a melhoria da qualidade de vida das crianças nascidas prematuras.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail do pesquisador responsável e do orientador da pesquisa, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Sua participação é voluntária e a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta, desistir de participar e retirar seu termo de consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição onde acontece a pesquisa.

Desde já agradecemos!

Profª. Drª Inês Maria Meneses dos Santos
Orientadora do Estudo
(DEMI/EEAP/UNIRIO)
Tel: (21) 8474-0384
e-mail: inesmeneses@gmail.com

Isis Vanessa Nazareth
Enfermeira e Mestranda
(EEAP/UNIRIO)
Tel: (22) 8141-5060
isisenfermagem@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO (CEP-UNIRIO)
Av. Pasteur, 296, Urca
Telefone: (21)2542-7796

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 20____

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Nome por extenso: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE 2

Instrumento de coleta de dados do prontuário da criança que esteve internada em UTINeo

Nº prontuário: _____

Nome da mãe: _____

G: ___ P: ___ A: ___

Bolsa rota: _____

Medicações realizadas: _____

Doenças Gestacionais: _____

Doenças Pré-existentes: _____

IG nascimento: _____

Apgar: _____

Peso ao nascer: _____ Peso na alta: _____

Comprimento ao nascer: _____ Comprimento na alta: _____

Oxigenoterapia (modalidade/tempo): _____

Uso de Surfactante: _____

Alimentação (modalidade: NPT, sonda, sucção por mamadeira, copinho, etc.) _____

Medicações realizadas: _____

Acesso em via parenteral (onde, o que era administrado) _____

Diagnósticos: _____

Data da alta: _____

Observações: _____

APÊNDICE 3: Formulário do perfil sócio-econômico-cultural

Formulário do Perfil Sócio-Econômico-Cultural/Rio de Janeiro de de Hora:		
Nome:		
Sexo:	Idade:	n° de filhos:
<i>Perfil Sócio-Econômico-Cultural</i>		
<i>Respostas</i>		
Tecnológicos		
Possui luz na residência?		
Possui água na residência?		
Qual a forma de transporte?		
Possui algum eletrodoméstico?		
Religião e filosofia		
Em que religião foi criado?		
Qual religião pratica agora?		
Companheirismo e sociais		
Você vive com alguém?		
Há quanto tempo?		
Como chama relação?		
Participa de reunião ou festas? Frequência?		
Modos de vida		
Quem mora na sua casa?		
Como é a casa?		
Quem mora em que cômodos?		
Hábito noturno?		
Hábito diurno?		
Local onde dorme?		
Local aonde a criança dorme?		
Possui banheiro dentro de casa?		
Políticos e legais		
Qual o líder político?		
Sistema de escolha de liderança local?		
Econômicos		
Renda da família		
Fonte de renda		
Educacionais		
Você estudou?		
Frequentou a escola até quando?		
Interrompeu os estudos por quê?		

APÊNDICE 4
Guia de Observação

Número da Observação:

Data:

Horário:

Local da abordagem:

Abordagem:

Idade Gestacional da criança:

Motivo do parto prematuro:

Tempo internação na UTIN:

