

EXPERIÊNCIA MATERNA NO CUIDADO DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO*

MOTHER'S EXPERIENCE WITH HOMECARE OF PREMATURE INFANT

EXPERIENCIA MATERNA EN CUIDADOS DOMICILIARIOS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Kayna Trombini Schmidt¹
Ieda Harumi Higarashi²

RESUMO

Neste estudo de caso com abordagem qualitativa, trata-se da vivência de mães de prematuros no cuidado domiciliar após a alta hospitalar. As entrevistas foram realizadas em domicílio e, posteriormente, analisadas e categorizadas conforme referencial metodológico de Bardin. Participaram do estudo quatro sujeitos. Da análise de seus relatos emergiram duas categorias temáticas: Cuidado domiciliar: do imaginário à realidade e Informações: as lacunas do ensino/aprendizado. As necessidades apontadas pelas mães foram: orientações direcionadas à vacinação, preparo e administração de medicações e estabelecimento de um fluxograma eficiente de contrarreferência com as redes de apoio formais que realizarão o acompanhamento do prematuro após a alta. O comprometimento do profissional de saúde deve ser constante, principalmente em relação ao seguimento do prematuro, certificando-se da continuidade dos cuidados no ambiente domiciliar.

Palavras-chave: Prematuro; Enfermagem Familiar; Cuidado do Lactente; Educação em Saúde; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

The present research is a qualitative case study that aims to identify the mothers' experience of the home care service of premature infants after hospital discharge. Interviews were carried out at the mothers' home and then analysed and categorized according to Bardin's methodological framework. Four individuals participated in the study. Two categories emerged from the analyses of their account: "homecare: imaginary and reality", and "information: gaps between teaching and learning". According to the mothers the service should offer: information on vaccination, preparation and administration of medications, and an efficient flowchart with information on support services that will monitor the infant after hospital discharge. The health professional commitment must be constant, especially regarding the baby follow up program and making sure that homecare will be properly carried out

Keywords: Premature Infant; Family Nursing; Infant Care; Health Education; Comprehensive Health Care.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo comprender las vivencias de madres de niños prematuros en cuidados domiciliarios después del alta. Se trata de un estudio de caso de enfoque cualitativo con entrevistas realizadas a domicilio y, posteriormente, analizadas y clasificadas según el referente metodológico de Bardin. Participaron del estudio cuatro sujetos. Del análisis de sus relatos se destacan dos categorías temáticas: (a) Cuidado domiciliario: del imaginario a la realidad; (b) Información: los huecos de la enseñanza - aprendizaje. Las necesidades apuntadas por las madres fueron: orientaciones relativas a la vacunación, preparación y administración de medicamentos y establecimiento de un diagrama de flujo eficiente de contra referencia junto a las redes de apoyo formales que realizan el seguimiento del niño tras el alta. El compromiso del profesional de salud debe ser constante, principalmente siguiendo de cerca al prematuro y garantizando la continuidad de los cuidados en el ambiente domiciliario.

Palabras clave: Prematuro; Enfermería de la Familia; Cuidado del Lactante; Educación en Salud; Atención Integral de la Salud.

* Trabalho original extraído da dissertação intitulada "Percepção de mães acompanhantes acerca do preparo para alta hospitalar do bebê prematuro: ações da equipe de saúde em unidade de terapia intensiva neonatal", defendida em 15 de dezembro de 2011, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

¹ Enfermeira. Especialista em Neonatologia. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense (Unipar), Campus Cianorte-PR.

² Enfermeira. Doutora em Educação. Docente do Departamento de Enfermagem (DEN) da UEM. Coordenadora qdjunta do PSE/UEM, Maringá-PR, Brasil.

E-mail: ieda1618@gmail.com.

Endereço para correspondência – Rua Nashville, 21 apto. 503 bl A, Maringá-PR. CEP: 87200-000. E-mail: kayna411@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Os recém-nascidos pré-termo (RNPTs) constituem uma clientela bastante peculiar quanto às necessidades que demandam dos serviços de saúde e são considerados uma população de risco. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), todos os bebês nascidos com idade gestacional maior que 22 semanas e menor que 37 são classificados como RNPTs, sendo que a média de nascimentos prematuros no Brasil é de 10%. Essa é uma população bastante frágil e de alto risco para o desenvolvimento de morbidades, contribuindo significativamente para a manutenção dos altos índices de mortalidade infantil. Estatísticas brasileiras apontam que, em 2007, a taxa de mortalidade infantil foi de 20/1000 nascidos vivos, sendo que 13,7 foram óbitos neonatais precoces e tardios.¹

O cuidado ao RNPT exige conhecimentos específicos e direcionamento da assistência às suas necessidades, com foco no período de internação, estendendo-se ao ambiente domiciliar.² O aumento da sobrevivência desses recém-nascidos (RNs) considerados de risco³ trouxe à equipe de saúde o desafio de garantir a educação da família para a transição do cuidado ao prematuro do ambiente hospitalar para o domiciliar. No entanto, fatores como as incertezas sobre a sobrevivência do bebê prematuro trazem às famílias, sentimentos negativos que incluem a ansiedade e o medo³ e que podem interferir no preparo da família para a alta hospitalar.⁴

O profissional de saúde nas unidades neonatais e, em especial, a equipe de enfermagem exercem o papel de acompanhar o RN e sua família, dando-lhes suporte no processo de internação e transição para a alta hospitalar.⁵ O foco do cuidado envolve, também, o suporte adequado aos pais no enfrentamento e na elaboração da situação de estresse, fator fundamental para garantir que a alta hospitalar seja um momento especial, e não uma ocasião repleta de inseguranças, informações fragmentadas e contradições.

Dada a importância atribuída à qualidade do cuidado domiciliar como garantia à manutenção da saúde dessa população de risco, emergiu a necessidade de avaliar o preparo para a alta hospitalar realizado com as famílias dos prematuros durante a internação. Diante dessa temática, o objetivo com este estudo foi compreender a vivência de mães de prematuros no cuidado domiciliar após a alta hospitalar.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso cujo objeto de análise é a experiência materna no cuidado domiciliar de prematuros egressos da UTIN de com abordagem qualitativa, realizada em um hospital-escola do Estado do Paraná. Para tanto, optou-se por utilizar a abordagem qualitativa no desenvolvimento da pesquisa. A instituição onde a pesquisa se desenvolveu é referência para atendimento de gestação de alto risco

e a única da cidade que conta com a Unidade de Terapia Intensiva exclusiva para pacientes neonatais. O serviço de atendimento neonatal é composto por seis leitos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), quatro na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) e três no alojamento conjunto (também denominado “enfermaria canguru”). Essa última enfermaria fica alocada no setor de pediatria e, portanto, opera de forma desvinculada das unidades neonatais.

A média de permanência ou tempo de internação entre janeiro e dezembro de 2009 foi de 11 dias na UTIN e 7 na UCIN. Alguns bebês prematuros egressos das unidades neonatais são transferidos para o alojamento conjunto e permanecem com suas mães quando estão próximos de receber a alta, no intuito de solidificar a adaptação mãe-filho e intensificar o preparo da progenitora para realizar os cuidados ao seu bebê. Faz-se necessário observar que é garantida a permanência dos pais na UCIN e na UTIN das 8 às 22 horas, sendo liberada uma hora de visita à tarde para duas pessoas (avós, familiares, dentre outros).

Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla, cuja abordagem inicial dos sujeitos foi realizada na instituição em questão, durante o período de internação do bebê na UCIN e no alojamento conjunto. Na primeira fase do estudo, o número de participantes foi determinado pelo critério de saturação teórica, que ocorre quando há repetição dos dados, ausência de informações novas e quando os objetivos do estudo são satisfatoriamente contemplados. Tal critério redundou na participação efetiva de 12 sujeitos de pesquisa.

A segunda abordagem se deu no domicílio do binômio, após a alta hospitalar, constituindo esse o objeto deste estudo. Foram elencados os seguintes critérios de inclusão: mães que foram entrevistadas na primeira etapa da pesquisa, durante a internação do filho na unidade neonatal; os sujeitos deveriam residir no mesmo município em que se situava o hospital eleito como local de estudo; anuência prévia, obtida ainda durante a abordagem intra-hospitalar, para receber a visita domiciliar da pesquisadora após a alta do bebê. Embora não se tenha constatado a recusa de nenhum sujeito em participar da entrevista domiciliar, o critério de residência no município acarretou a exclusão de seis das mães previamente acompanhadas. A coleta de dados foi realizada entre os dias 15 de novembro de 2010 e 28 de fevereiro de 2011.

O agendamento da visita foi realizado por meio telefônico, conforme contato informado previamente pelos sujeitos. Foi observado um intervalo mínimo de uma semana da alta do bebê para a realização do agendamento da visita, por se considerar esse um período mínimo de permanência do binômio em domicílio para a experimentação dessa realidade.

Utilizou-se a entrevista semidirigida enfocando os cuidados no domicílio e as eventuais dificuldades enfrentadas pelas mães nessa tarefa, tendo por base as informações obtidas na primeira entrevista realizada durante a internação do bebê. Esta transposição entre

o período de internação e o período pós-internação tinha por finalidade aprimorar o processo de educação em saúde no preparo da família para a alta hospitalar, baseando-se nas necessidades vivenciadas pelas mães de prematuros no cuidado do seu filho no domicílio. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, para análise. Os registros dos relatos passaram por um processo de leitura exaustiva, de modo a subsidiar a categorização destes, em consonância ao referencial metodológico de Bardin.⁶

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá sob o Parecer nº 059/2011, de forma a observar todos os aspectos éticos estabelecidos pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde na implementação do estudo. Os nomes dos sujeitos foram substituídos por nomes fictícios para preservar suas identidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estudo, contemplou-se a participação de quatro mães de prematuros, pois, dos seis sujeitos inclusos, houve perda de dois na coleta, sendo um por recusa da família em receber a visita domiciliar após a alta e outro por impossibilidade de realizar a entrevista, mesmo após quatro tentativas. Entre as participantes, houve um caso de gemelaridade, de modo que o universo de estudo se compõe de quatro mães e cinco recém-nascidos (RNs). O tempo transcorrido entre a alta hospitalar e a realização das entrevistas domiciliares variou entre quinze dias e um mês.

A média de idade das entrevistadas foi de 32 anos, sendo todas casadas ou em união estável, com renda familiar

variando de dois a cinco salários mínimos. Com relação à escolaridade, apenas uma mãe tinha oito anos de estudo e três completaram onze anos; a idade dos companheiros variou entre 30 e 54 anos. Quanto à disponibilidade para permanecer junto ao filho internado na unidade neonatal, apenas uma referiu permanecer o dia todo na UTIN e na UCIN, enquanto as demais referiram permanecer ao lado do filho nos três horários de visita instituídos pelo hospital, permanecendo de 20 a 30 a cada visita. No tocante à caracterização dos bebês (TAB. 1), o peso de nascimento (Pn) variou de 925 g a 2.780 g, sendo que três bebês nasceram com extremo baixo peso (Pn <1.000 g). A idade gestacional ao nascimento (IGn) variou de 28 a 35 semanas e a média de tempo de internação foi de 48,8 dias, variando entre 12 e 117 dias.

Duas das mães tinham história de parto prematuro (PP) e o mesmo fator causal da gestação anterior esteve presente nessa gestação e parto. Em um caso, o PP foi causado por descolamento prematuro de placenta, com perda de líquido amniótico, e a outra mãe desenvolveu doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). A entrevistada que teve PP desencadeado por DHEG perdeu um filho anteriormente, na 27ª semana de gestação, dada a má condução terapêutica do caso, culminando no óbito intraútero. Considerando a história obstétrica das mães desta pesquisa, todas eram múltiparas, sendo três com duas gestações anteriores e uma com cinco gestações, incluindo um aborto aos três meses sem causa definida (primeira gestação).

Na análise dos relatos abordando a temática central do estudo, emergiram duas categorias temáticas: Cuidado domiciliar: do imaginário à realidade e Informações: as lacunas do ensino/aprendizado.

TABELA 1 – Caracterização dos recém-nascidos conforme variáveis de nascimento, dados de internação e dados do parto. Maringá-PR – 2010

VARIÁVEIS	RNI de Luísa ♀	RNII de Luísa ♀	RN de Ana ♀	RN de Elisa ♀	RN de Karen ♂
Peso Nasc.	1.490 g	975 g	960 g	925g	2.780g
Id. Gest. Nasc.	32s 3d	32s 3d	28s	29s	35s
Apgar 5º min	10	10	9	8	8
Tempo de internação					
UTIN	0	10	34	104	7
UCIN	31	34	21	7	0
Enf. Canguru	0	0	23	6	7
Diagnóstico de internação	RNPT, Gemelaridade discordante	RNPT, Gemelaridade discordante, PIG	RNPT, SDR	RNPT, SDR	RNPT, Apnéia prolongada, ANN grave
Tipo de parto	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Cesárea
Indicação de cesárea	DHEG materna, BR>12h	DHEG materna, BR>12h	Oligodramnia, DPP	Oligodramnia, SFA	Síndrome Hellp materna

♂ = Sexo masculino, ♀ = Sexo feminino; RNPT = recém-nascido pré-termo; SDR = síndrome de desconforto respiratório; PIG = pequeno para idade gestacional; ANN grave = anóxia neonatal grave; DHEG = doença hipertensiva específica da gestação; BR = bolsa rota; DPP = descolamento prematuro de placenta.

Cuidado domiciliar: do imaginário à realidade

A observação da reação materna e o suporte no período de transição do hospital para o lar são importantes para garantir que o bebê receba o cuidado domiciliar adequado, estimulando, também, o fortalecimento do vínculo mãe-bebê-família.⁷ O cuidado domiciliar envolve diversas particularidades advindas da própria prematuridade e necessidades específicas do bebê de risco. Pôde-se constatar nos relatos que, mesmo após vivenciar o preparo para a alta, Luísa ainda sentiu insegurança ao assumir integralmente o cuidado de seu bebê.

Eu fiquei insegura em questão da respiração e do desenvolvimento dele [...]. Ele tava mamando a cada duas horas, depois a cada três. Esses dias aqui em casa deu quatro horas de mamada e ele não acordava, aí meu Jesus, vou acordar ele.

Nessa mesma direção, é possível depreender da fala a seguir que a ansiedade vivenciada durante a internação do bebê se repete mesmo após a alta,⁸ ou pode evoluir para sentimentos de medo, em face da falta de segurança e apoio profissional anteriormente oferecido pela equipe de saúde hospitalar:

Eu tava com medo de não saber cuidar dele. Como ele nasceu com essa apneia prolongada, eu ficava em cima pra ver se ele tava respirando normal, ficava olhando a barriguinha, colocava a mão no narizinho pra ver se tava tudo certinho. Minha preocupação maior era esta: a questão da respiração. (Luísa)

Em outro estudo realizado com a família de prematuros no domicílio, detectou-se que a experiência anterior de cuidado do bebê prematuro pode ser indicada como um fator positivo no enfrentamento dessa vivência.⁸ Entretanto, a experiência pregressa não se traduz em garantia plena de que a mãe terá segurança no cuidado domiciliar, como pode ser observado no relato de Ana:

A dificuldade era para cuidar, pra banho mesmo era bem mais dificultoso [...] É medo, né? É pequeninha, a gente tem medo de cair, de ter dor, dos panos rolar e ela descer, esses medos que dá em mãe.

Esse fato pode ser mais bem compreendido ao observar-se que nem todas as unidades neonatais têm como rotina a inserção da família no cuidado no ambiente intra-hospitalar. Dessa maneira, a aproximação da mãe com o prematuro acontece tardiamente, como ocorreu com Ana, que já vivenciara a experiência anterior de prematuridade em outro serviço de saúde. Nessa experiência, a possibilidade de cuidar da outra filha prematura só surgiu após a alta hospitalar, quando a criança já havia completado quatro meses de vida.

Em geral, é a mãe quem assume o papel de principal cuidador do bebê,⁹ tanto durante a internação quanto no domicílio. Dessa forma, a mãe se destaca como a personagem central e foco do processo de

ensino-aprendizagem do cuidado. O objetivo com o preparo adequado e emancipatório da mãe para a alta hospitalar do prematuro é garantir que ela seja capaz de dar continuidade aos cuidados no domicílio,³ e deve ser realizado com informações concisas e de fácil compreensão,⁴ sempre considerando a capacidade de entendimento da mãe. Pode-se notar que as técnicas ensinadas às mães, ou mesmo aquelas observadas por elas, são repetidas no domicílio, numa reprodução das rotinas hospitalares. Nessa postura, reflete-se o receio de que qualquer modificação possa comprometer a condição de estabilidade alcançada pelo bebê:

Eu tô tentando seguir os horários (da medicação) que eles davam lá, pra não sair da rotina. Então eu vim de lá e trouxe o hospital pra casa, sabe? O horário do banho, o horário do remédio pra não fugir muito da rotina pra mim não se perder. (Elisa)

A deficiência no processo de preparo para a alta pode ser responsável por sentimentos de insegurança e de medo no cuidado domiciliar. Embora a expectativa antes da alta envolva sentimentos conflituosos, percebe-se que, quando a mãe recebe orientações consistentes durante a internação do bebê, o processo de transição e adaptação para a realização do cuidado no domicílio se torna mais ameno:

Eu achava que seria pior, achava que ia passar a noite em claro, que ia me dar trabalho, mas não [...]. Meu receio no começo era o banho mesmo, porque ele era muito pequenininho, daí eu fui aprendendo no hospital, saí de lá uma mãezona. (Elisa)

Outro fator destacado pelos discursos foi em relação à prevenção de infecções, com referência à realização de orientações nesse sentido pelos profissionais da equipe de saúde e a forma como as mães elaboraram e trabalharam esses conceitos no seu lidar com o bebê:

É um bebê que não tem muita resistência [...]; qualquer coisinha pega. (Ana)

Eles orientaram pra gente não ter contato com os outros, não pegar o filho do acompanhante, não deixar pegar. (Luísa)

Dentre os cuidados de prevenção da infecção cruzada, a restrição de visitas também foi destacada em estudo realizado com mães de prematuros,² de tal modo que esse tipo de orientação e cuidado foi assimilado pelas mães, estendendo-se ao período pós-alta hospitalar:

Meu maior medo foi a reação das pessoas em eu falar que não podia pegar (no colo). A gente até fez uma mentirinha básica que os médicos tinham proibido. (Karen)

O apoio social foi citado por todas as entrevistadas como um fator importante na adaptação domiciliar e fonte de superação das dificuldades encontradas,

ainda que consideradas as condições individuais de cada família. Pode-se definir apoio social como um fator essencial para prover o ambiente social, além de ser um importante aspecto de troca entre a pessoa e o mundo social.⁹ Tal suporte se faz necessário, principalmente no ajuste da família às possíveis mudanças. Assim, ratificando os achados de Simioni,¹⁰ neste estudo detectou-se que os atores sociais referenciados como os que mais contribuíram neste processo de ajuste ou adequação foram os membros da família (cunhadas, avós, filhos), citados como principais responsáveis por suprir a necessidade de apoio tanto na dimensão material, auxiliando na realização dos cuidados básicos (cuidados de higiene e conforto), como também no que se refere à dimensão informativa e de provimento de apoio afetivo-emocional.

Minha cunhada e minha sogra me ajudaram muito.
(Ana)

À noite, quando eu estou cuidando de um e o outro está chorando, minha cunhada vai lá pegar, se estiver desocupada. Sempre tem alguém na hora que eu preciso de ajuda, graças a Deus. (Karen)

Meus filhos fazem as coisas pra mim porque eu não gosto de deixar ele chorar [...]. O nascimento do F. trouxe mais união, juntou ainda mais a família. (Elisa)

Nos relatos evidencia-se a importância do amparo intrafamiliar, ao mesmo tempo em que se destaca a importância de elementos da família extensa, cujo papel e atuação junto aos pais promovem o processo de fortalecimento paterno, auxiliando na resolução de questões rotineiras – por exemplo, problemas relacionados ao aleitamento materno. A divisão de responsabilidades entre os membros da família é positiva diante do enfrentamento das dificuldades referentes à prematuridade.⁷ O incentivo à visita de familiares durante a internação pode ser uma estratégia utilizada para favorecer o envolvimento dos membros da família que constituem a rede de apoio informal dos pais.¹¹

O auxílio dedicado pela avó paterna, conforme referido por uma das entrevistadas (Ana), evidencia a participação ativa das avós, razão pela qual estas podem ser consideradas como uma “base segura”^{11:549} no amparo às mães dos prematuros.^{10,12} Em outro estudo com bebês de risco, confirma-se que a participação das avós aumenta conforme a criança cresce, por serem uma alternativa segura quando a mãe necessita retornar ao trabalho.⁹

A adaptação da família a uma nova dinâmica ou funcionamento é referida como um processo de superação em que se destaca a importância da participação de toda família no enfrentamento:

Se Deus quis me dar uma criança especial, que eu sou capaz de cuidar, então seja bem-vinda, vou amar mais ainda [...]. Se for síndrome de Down, pra mim não é doença [...]. O que tiver que passar, vamos passar juntos e vamos superar e tratá-lo como uma criança normal. (Elisa)

No contexto do cuidado ao RNPT, o incentivo ao aleitamento materno (AM) deve ser considerado uma prioridade para a equipe de enfermagem, visto seu papel como fator de proteção contra infecções e garantia do crescimento e desenvolvimento adequado do RNPT. A efetivação do aleitamento do RNPT, porém, constitui, na prática, em desafio que sofre interferência de diversos fatores, como: dificuldade materna em manter a produção láctea durante o período de internação,¹³ atribuível tanto às condições clínicas do bebê como ao estado físico e emocional da mãe; dúvidas em relação ao prognóstico do bebê;¹³ insegurança materna em relação ao ganho de peso do bebê quando em aleitamento materno exclusivo (AME); além de fatores diretamente ligados à condição de imaturidade fisiológica e neurológica do RNPT¹⁴; dentre outros.

Durante as entrevistas domiciliares realizadas neste estudo, dos quatro recém-nascidos, um estava em AME e três estavam em aleitamento misto, sendo que todas as mães referiram ter recebido orientação verbal sobre ordenha. Nesse contexto, cabe destacar o caso do bebê de Elisa, que recebeu alta em uso de sonda orogástrica. Embora Elisa tenha mantido a ordenha nos 117 dias em que seu bebê esteve internado, sua produção láctea diminuiu e se manteve baixa após a alta hospitalar, tendo como fator de risco para desmame precoce o déficit de sucção e deglutição do bebê. Ao referir-se a essa experiência, a participante relatou que, apesar de a orientação a respeito da necessidade de ordenha ter sido realizada, a possibilidade de alimentar o filho pela sonda com o próprio leite não foi discutida pela equipe com ela durante a internação.

Outra mãe (Karen) também referiu não realizar a ordenha conforme a orientação durante o período de internação, porém relatou que, ao queixar-se para a equipe sobre a diminuição do leite, sentiu sua queixa desvalorizada pelos profissionais e acreditava que uma intervenção mais precoce sobre as eventuais dificuldades de amamentação poderia surtir resultados mais satisfatórios:

Eu acho que foi falha minha não ter tirado o leite de duas em duas horas. Isso diminuiu; e também o estresse: problemas básicos da família e preocupação com nossas vidas mesmo. Mas eu acho que faltou aqui (no hospital) um apoio, sim, porque por saber que eram dois (bebê) [...] Na hora que eu reclamei que não tinha o leite, parece que ela não acreditava em mim. (Karen)

Em estudo realizado com 11 mães de prematuros, abordando a vivência no processo de lactação e amamentação, desvelou-se a preocupação materna em relação à diminuição da produção láctea, mesmo nos casos em que era realizada a ordenha, mediante orientação durante o período de internação do bebê. Tais achados revelaram que a vivência desse tipo de dificuldade aflorava um sentimento de impotência nas progenitoras¹³ e, após a alta, a alimentação do bebê era ser fonte de angústia e de grande preocupação para as mães.¹⁵

Neste estudo, e no caso específico da participante Luísa, observou-se que a experiência anterior com manejo

do aleitamento contribuiu de forma muito positiva para que essa mãe obtivesse sucesso para manter o aleitamento materno exclusivo (AME) do filho após a alta. Segundo a participante, houve grande dificuldade para o estabelecimento da amamentação com a primeira filha, pois foram necessárias a ordenha e a oferta de leite materno no copo, conforme orientação de profissionais de saúde. Tal vivência, aliada à vontade materna de amamentar, foi decisiva na manutenção da lactação diante da internação do filho prematuro.

Entretanto, na visita domiciliar, uma mãe queixou-se de muita dor ao amamentar. Ao observar a amamentação, foi possível constatar erro no posicionamento da criança, com cessação completa da dor assim que se procedeu ao reposicionamento do bebê. Tal problema seria passível de intervenção precoce pela equipe de saúde da família (ESF) se houvesse caráter de continuidade no processo de acompanhamento pós-alta, conforme preconizado pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança.¹⁶

Assim, não fosse a existência de uma motivação intrínseca da mãe em aleitar, esse problema poderia representar um fator de desmame precoce. Embora as dificuldades sejam esperadas no manejo do aleitamento em prematuros, é papel da equipe de saúde orientar adequadamente as mães quanto à importância do leite humano, principalmente tendo em vista suas qualidades nutricionais e imunológicas e o impacto positivo desses fatores para a saúde e o desenvolvimento do RNPT. Essas conclusões confirmam as de outro estudo, que apontou como fatores determinantes no sucesso da manutenção da lactação elementos como a segurança materna, o apoio da família e dos profissionais de saúde.¹²

Informações: as lacunas do ensino/aprendizado

Ao avaliar as necessidades globais da criança nos âmbitos fisiológico e psicossocial, a comunicação serve como recurso terapêutico capaz de possibilitar autonomia, segurança e relação de confiança entre a equipe de saúde e a tríade pais-filho-família.¹⁷ Nesse contexto, o preparo da família para a alta do prematuro deve visar ao “desligamento da Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal e proporcionar meios para a readaptação dos pais e dos bebês no ambiente domiciliar”.^{11:889} Cabe ressaltar, porém, que a falta de sistematização da assistência à família, aliada a eventuais falhas no registro das informações fornecidas, pode resultar em orientações repetitivas e fragmentadas. Esse ciclo pode ocasionar a não compreensão das informações pela mãe, ou mesmo fazer com que sua importância seja banalizada:

É tanta coisa que eu não lembro mais; elas falavam tanta coisa, tanto os médicos como elas (enfermeiras), que eu nem lembro pra falar pra você [...]. Elas pegam muito no pé. (Ana)

Paradoxalmente, observa-se que o estresse vivenciado durante o período de internação também prejudica a

capacidade de aprendizado efetivo dos pais,¹¹ de maneira que a mesma informação precise, em determinados casos, ser repetida várias vezes durante a internação e reforçada no acompanhamento após a alta.

Embora a enfermaria canguru do hospital em estudo se configure como um alojamento conjunto com objetivo de capacitar as mães para o cuidado ao bebê, algumas lacunas nesse processo foram encontradas, levando a crer que sua função como ambiente de aprendizado não se concretize de forma completa. A falta de continuidade no atendimento à família pode ser acarretada pelo fato de a enfermaria canguru estar alocada em outro setor (pediatria) cujo atendimento de enfermagem fica sob a responsabilidade de outra equipe, desvinculada da equipe atuante nas unidades neonatais, com a qual os pais já haviam estabelecido um vínculo e uma relação de confiança:

Quem me preparou mais era na neo (UCIN); tão sempre falando, mais ali na enfermaria eles não falaram muita coisa, chegou lá e entregou, cada departamento, o doutor entregou a receita, a fono entregou outro papel e eu segui o que tá no papel. Não passou muita coisa, não. (Elisa)

Entre os aspectos/cuidados abordados no processo educativo para a alta, a orientação sobre medicação desponta como primordial. Contudo, os relatos revelam que esta se restringiu à mera entrega da receita pelo médico, de tal maneira que as mães deixavam o hospital sem a certeza sobre a forma correta de administração, incorrendo em riscos de erro, com efeitos imprevisíveis sobre a recuperação e a condição geral do bebê.

O sulfato ferroso, falaram pro meu cunhado que foi pegar no posto pra mim, que era pra dar fora das mamadas e dos horários de comida, porque tem gosto ruim. Agora, os outros, ninguém falou nada. (Karen)

É oito gotas de um (medicação) e o outro é 12 gotas, eles colocavam tudo na mesma seringa, então eu tô fazendo igual. Não sei se tem problema ou não. Eu não dou nada perto do leite [...]; o cheiro é forte, não sei se interfere, né? (Elisa)

Na visita domiciliar, foi detectado, num dos casos acompanhados pelo estudo, que o bebê deveria estar recebendo medicação anticonvulsivante. Ao verificar que a medicação não tinha sido citada pela mãe, foi questionado por qual razão o bebê não estava fazendo uso da medicação. A mãe justificou que ela não tinha conhecimento de que seu filho fizera uso de anticonvulsivante durante a internação e que, por ocasião da entrega das receitas, o profissional de saúde informou que tinha um “remédio para a cabeça”, porém não pronunciou o nome nem explicou por que deveria ser tomado, permanecendo uma lacuna no entendimento sobre a medicação. Ao levar as receitas na Unidade Básica de Saúde (UBS), o pai da criança foi informado de que, pela receita, o medicamento era para a mãe, e não para o bebê, embora no campo para registro

do nome constasse a informação “Lact. de (nome da mãe)”. Diante de tais observações, evidenciou-se neste estudo dois casos de orientação incorreta pela UBS, visto que a justificativa para não oferecer as vitaminas próximo ao horário de mamadas também foi inadequada.

Tais constatações trazem grande preocupação, pois reforçam a tese de que, se houvesse uma integração efetiva entre o trabalho realizado pelas equipes médica e de enfermagem na instituição hospitalar, a orientação sobre medicação poderia ter sido realizada adequadamente durante a internação.

Essa sistemática de preparo incluiria oportunizar à mãe participação mais ativa na assistência, sempre sob a supervisão de um profissional da equipe, manuseando os frascos, preparando e administrando as medicações, de modo que pudesse estar mais familiarizada com esses cuidados ao levar o bebê para casa.

Outra dificuldade apontada pelas mães se deu em relação à vacinação. Por ser uma medida relacionada à prevenção de doenças/infecções, a orientação deve ser efetuada primeiramente no ambiente hospitalar e, depois, reforçada na UBS. Como se pode depreender nas falas a seguir, três das quatro entrevistadas abordaram esta temática, demonstrando a relevância dela para as mães:

Quando são mães inexperientes, quando não têm nenhum filho, devia falar assim: ‘Oh, tem uma vacina atrasada’. E ninguém falou nada. (Karen)

Que vacinasse o médico me orientou, porque aquela H1N1 ela dá reação, né? Febre, diarreia, daí tanto que eu fiquei com medo e demorei a levar ela no posto e perdi a primeira, agora só se tiver campanha. (Ana)

Ele perdeu uma vacina, que era pra ter dado com três meses, a rotavírus, então não sei se ele vai poder tomar ainda, se eu pagar essa vacina se dão, se é necessário. (Elisa)

Verifica-se que as situações relatadas poderiam ser identificadas precocemente se houvesse observância mais incisiva das recomendações contidas na Agenda de Compromissos,¹⁶ no que tange ao acompanhamento mais efetivo do calendário vacinal dessa clientela de risco pela ESF, conforme preconizado por essa normativa ministerial.

Outras considerações sobre problemas rotineiros apresentados pelos bebês se referiram à conduta a ser adotada quando o bebê tem cólica. Tal preocupação se destacou no relato de três entrevistadas:

Poderia ter alguma orientação em relação à cólica, normalmente toda criança tem, então o que fazer com essa criança que está com a barriga cheia de gases e a gente não sabe o que fazer. (Karen)

Todos os aspectos ressaltados pelas mães nesse contexto desafiador da adaptação pós-alta hospitalar ajudam a delinear um novo cenário assistencial. A evolução

dos conhecimentos médicos e o desenvolvimento tecnológico culminaram com a mudança do perfil epidemiológico da população atendida. No cenário da atenção pediátrica, esse processo levou ao aumento do número de crianças que recebem alta hospitalar dependentes de algum tipo de tecnologia. A criança dependente de tecnologia (CDT) é aquela que necessita de artefatos tecnológicos e/ou farmacológicos indispensáveis para sua sobrevivência, podendo estes estarem relacionados ao auxílio na nutrição, medicação, respiração, dentre outros.¹⁸ Portanto, no preparo para alta, deve-se também considerar essa transformação, direcionando seu foco para a capacitação da mãe para lidar com as necessidades específicas do filho. Para tanto, ela deve ser orientada sobre a função e o manejo da tecnologia. Conforme ilustrado na fala a seguir, embora Elisa fosse capacitada para administrar a nutrição pela sonda orogástrica (SOG), observa-se que a real função da sonda não era bem compreendida por ela, que associava seu uso com a capacidade de respirar da criança.

Eu fiquei uma semana (no hospital), que eu colocava leite na sonda, eu que preparava e via se tinha resíduo [...]. O meu medo agora (em casa) foi por causa da sonda, medo dele tirar e ter que sair correndo com ele; eu achei que sem a sonda ele ia ficar sem ar, mas não é. (Elisa)

Desse modo, o seguimento por meio da rede social formal no acompanhamento do bebê em domicílio deve ser um dos critérios observados para a alta hospitalar. Entretanto, o que se pode depreender das falas das mães é um desencontro de orientações, aliado a uma sucessão de falhas no atendimento desses bebês. Embora a totalidade das mães tenha sido orientada a realizar acompanhamentos especializados em razão das demandas da prematuridade de seus filhos (fonoaudiólogo, neurologista, neonatologista), ressalte-se que tais acompanhamentos não dispensam a necessidade de, também, realizar a puericultura na UBS, dada sua importância e tendo em vista ser esta uma responsabilidade pertinente à ESF e fundamental à tarefa de monitoramento das populações de risco em sua área de abrangência:¹⁶

De puericultura ninguém falou nada, pesar, ver, porque, afinal, a agente comunitária não veio aqui em casa, e ela falou que viria assim que eu sáisse (do hospital). A enfermeira que fazia a pré-consulta ia falar pra ela, mas ninguém veio até agora, e eu não sei como vai funcionar. (Karen)

Até o momento da entrevista, nenhuma das mães participantes no estudo havia recebido a visita da ESF ou tinha sido orientada sobre a puericultura, contrariando-se, assim, as metas estabelecidas pela Agenda de Compromissos,¹⁶ que preconizam a necessidade de proceder-se à busca ativa e captação precoce das crianças de risco. Uma das mães referiu que foi orientada a realizar as consultas apenas no hospital universitário e duas mencionaram que a UBS não contava com

atendimento de pediatria à época de realização das entrevistas.

A dificuldade para receber atendimento nas redes de apoio após a alta também foi narrada por Elisa:

Eu saí na sexta, no sábado tive que retornar pra pôr a sonda e eu já vi que quando retorna é difícil de entrar lá dentro [...]. Eu tô pedindo a Deus que tira logo essa sonda porque é difícil. No posto eles não põem e vai lá (no hospital) é difícil.

De acordo com os relatos dessa mãe, ela havia procurado três instituições de saúde para repassar a SOG, porém em dois desses locais foi informada de que não passavam SOG em criança, e na terceira instituição a espera pelo atendimento foi grande. Por tratar-se de um procedimento de simples execução, é questionável se o problema no atendimento decorria do despreparo dos profissionais para atenderem a criança ou se houve negligência por parte das redes de apoio formais (serviços ambulatoriais e Unidade Básica de Saúde) no processo de absorção dessa demanda antes de incumbência do sistema de atenção hospitalar.

Em outro estudo em que a rede social e o apoio social de famílias com RNPT e de baixo peso ao nascer (peso <2500g) foram investigados, também foram constatados desajustes na prática das Unidades Básicas de Saúde (UBS), caracterizados pelo cuidado fragmentado e significância mínima na atuação dos serviços de saúde como efetiva rede de apoio no seguimento dos bebês e suas famílias.^{18,19}

Esses achados apontam para um sistema de referência e contrarreferência ainda muito deficientes. Embora a cidade conte com um Programa de Vigilância de Bebês de Risco (PVBR), responsável pelo cadastro de todos os recém-nascidos considerados de risco e pelo repasse dessa informação para as UBS, a busca ativa e precoce por essas crianças após a alta hospitalar foi deficitária. Essa condição foi constatada em outro estudo realizado com 238 crianças incluídas no PVBR, identificando que menos da metade das famílias recebeu a visita da ESF após a alta hospitalar.⁹

Em outro estudo em que se avaliou um programa de acompanhamento a crianças de risco, também se apontou a fragilidade na vigilância em saúde no

que tange à integração entre o serviço hospitalar e a contrarreferência às UBS após a alta hospitalar.²⁰

CONCLUSÃO

A enfermagem exerce papel fundamental tanto no preparo das famílias para a alta hospitalar do prematuro quanto no acompanhamento dessa clientela nas redes básicas de atendimento à saúde. Dessa maneira, o cuidado direcionado às ações curativas para garantir a sobrevivência do prematuro compõe apenas uma das etapas do trabalho da equipe de enfermagem. Os esforços dedicados para estimular a inserção e a participação regular da família no cuidado ao filho prematuro durante a internação devem ser constantes. Uma proposta capaz de melhorar o atendimento a essas famílias é a sistematização do preparo para a alta, que poderia efetivar-se por meio de um protocolo que envolva a equipe multiprofissional, assegurando o cuidado integral aos prematuros/famílias.

Embora neste estudo tenham sido identificadas algumas ações e iniciativas da equipe de enfermagem no preparo da família, foram também apontadas diversas lacunas nesse processo, as quais precisam ser repensadas e supridas nas práticas de educação em saúde nas unidades neonatais. Em face dos temas abordados pelas mães entrevistadas, essa orientação deveria incluir, dentre outras abordagens, a instrução teórica e prática da mãe sobre o preparo e a administração de medicações, orientações sobre vacinação, bem como o estabelecimento, nas instituições hospitalares, de um fluxograma eficiente de referência e contrarreferência com as redes de apoio formais que acompanharão o prematuro após a alta.

Desse modo, reforça-se a premissa de que a puericultura constitui uma estratégia fundamental para diminuir a mortalidade infantil e detectar precocemente possíveis complicações e anormalidades de crescimento e desenvolvimento dessa população de risco. Para garantir maior segurança aos pais e bebês, as ESFs devem estar capacitadas para assistir o prematuro em suas necessidades, com ações pautadas pelas recomendações da Agenda de Compromissos, priorizando a busca ativa precoce dos RNPTs e de baixo peso ao nascer, egressos das unidades neonatais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: Indicadores e Dados Básicos - IDB - 2009. [Citado em: 2011 set. 30]. Disponível em: <www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>.
2. Morais AC, Quirino MD, Almeida MS. O cuidado da criança prematura no domicílio. Acta Paul Enferm. 2009; 22(1):24-30.
3. Duarte AS, Santos WS, Silva LDB, Oliveira JD, Sampaio KJAJ. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar. Rev Rene. 2010; 11(3):162-70.
4. Tronco CS, Padoin SMM, Neves ET, Landerdahl MC. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção do familiares. Rev Enferm UERJ. 2010; 18(1):108-13.
5. Alves VH, Costa SF, Vieira BDG. A permanência da família em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: imaginário coletivo dos enfermeiros. Cienc Cuid Saúde. 2009; 8(2):250-6.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2010. 281 p.

7. Souza NL, Fernandes ACP, Costa ICC, Enders BC, Carvalho JBL, Silva MLC. Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Rev Salud Pública*. 2010; 12 (3):356-67.
8. Costa SAF, Ribeiro CA, Borba RIH, Balieiro MMFG. A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 out-dez; 13 (4):741-9.
9. Marques FB, Teston EF, Barreto MS, Furlan MCR, Marcon SS. The social net in families with newborn infants at risk during the first year of life: descriptive-exploratory study. *Online Braz J Nurs*. 2009; 9(2). [Cited 2011 Sep 06] Available from: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3063/694>>.
10. Simioni AS, Geib LTC. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(5):645-51.
11. Couto FF, Praça NS. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(4):886-91.
12. Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Rev Latin-am Enferm*. 2004; 12(4):597-605.
13. Silva RV, Silva IA. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(1):108-15.
14. Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma Unidade neonatal: a vivência materna. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(1):19-24.
15. Souza NL, Araujo ACPF, Costa ICC, Junior AM, Junior HA. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. *REME Rev Min Enferm*. 2010 abr/jun;14(2):159-65.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. 80p.
17. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2006; 6(1):47-57.
18. Drucker LP. Rede de suporte tecnológico domiciliar à criança dependente de tecnologia egressa de um hospital de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(5):1285-94.
19. Vieira CS, Mello DF, Oliveira BRG, Furtado MCC. Rede de apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Rev Eletrônica Enferm*. 2010; 12(1):11-9.
20. Luque ALF, Lima CMGL, Carvalhaes MABL, Tonete VLP, Parada CMGL. Evaluation of care for at-risk newborns from the perspective of a public health policy. *Rev Latinoam Enferm*. 2011; 19(2): 293-300.

Data de submissão: 11/11/2011

Data de aprovação: 12/5/2012