

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL
MESTRADO ACADÊMICO

DESENVOLVIMENTO DE BEBÊS PREMATUROS:

análise de experiências maternas

SÃO LUÍS – MA – BRASIL

2006

DESENVOLVIMENTO DE BEBÊS PREMATUROS:

análise de experiências maternas

MARIA DE NAZARETH MENDES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do **Título de Mestre** em Saúde Materno-Infantil.

Orientadora:

Professora Doutora Zeni Carvalho Lamy

Co-orientadora:

Professora Doutora Ednalva Maciel Neves

Coordenadora do Programa:

Professora Doutora Luciane Maria Oliveira Brito

SÃO LUÍS – MA – BRASIL

2006

Mendes, Maria de Nazareth

Desenvolvimento de bebês prematuros: análise de experiências maternas. /
Maria de Nazareth Mendes. – São Luís, 2006.

77 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) – Programa de Pós-
Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão –
UFMA, 2006.

1. Prematuridade. 2. Desenvolvimento infantil. 3. Relação mãe-filho. I. Título.

CDU 616_015.3.32_055.52

MARIA DE NAZARETH MENDES

DESENVOLVIMENTO DE BEBÊS PREMATUROS:
análise de experiências maternas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy *(Orientadora)*

Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves *(Co-orientadora)*

Profa. Dra. Anna Paula Ferrário Gonçalves

Profa. Dra. Denise Streit Morsch

Profa. Dra. Maria Vânia de Farias Aragão

Em memória do meu amado pai. Na certeza de que, em sua atual morada, me guarda em seus pensamentos. Paizinho, dedico-lhe este trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por minha existência.

Aos meus pais, pelo amor, dedicação, paciência e sabedoria, princípios básicos que me proporcionaram segurança e persistência na construção e realização dos meus sonhos.

A Adney Teles, meu marido, pelo amor, compreensão, companheirismo e apoio em todos os momentos de nossa caminhada.

Aos meus filhos Allan e Lucas, estrelas que iluminam a minha vida.

A minha irmã Socorro, sempre solícita e acima de tudo amiga em todos os momentos.

A minhas amigas Adriana e Elisângela, pelo ombro amigo, pelo incentivo, companheirismo e dedicação.

À Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy, pela sabedoria, paciência, disponibilidade e tranquilidade.

À Profa. Dra. Ednalva Maciel, pela sabedoria, disponibilidade e colaboração fundamental na construção deste estudo.

Ao Prof. José Augusto, Profa. Ihelma e Citya, pelo apoio e colaboração no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Expedito Alves de Melo e Prof. José Rodrigues Júnior pela confiança, incentivo e oportunidades profissionais em especial na área da docência, fatores que muito contribuíram para estar hoje finalizando esta etapa da minha vida.

A todos os professores do Mestrado, em especial ao Prof. Dr. Fernando Lamy Filho e ao Prof. Dr. Raimundo Antônio da Silva, que me foram fundamentais no amadurecimento científico.

Às minhas amigas Sandra, Anety, Danielle Moura, Francisca, Rosanna, Célia, Andréia, Apolinário, Ana Cristina, Iêda, Alexandra, Ligia, Regina, Mazarello, Maria do Carmo, Ana Maria, Ângela e a todas as pessoas que dispuseram do seu tempo para me ouvir e encorajar, contribuindo de alguma forma para o desenvolvimento deste trabalho.

Às mães que participaram desta pesquisa, por sua colaboração.

A todos os colegas do Mestrado.

Enfim, a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste estudo.

“A prematuridade dá à mãe algo único: a possibilidade de gestar seu bebê fora do útero.”

Liseane Morosini

RESUMO

A percepção das mães sobre o desenvolvimento dos bebês prematuros. Objetiva identificar as características socioeconômicas das mães, conhecer suas experiências de internação neonatal, conhecer a percepção das mães sobre o desenvolvimento de recém-nascidos, conhecer sua percepção sobre o seu papel no desenvolvimento dos bebês, através de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados no Ambulatório de Seguimento da Unidade Materno-Infantil do Hospital Universitário, através de ficha de coleta de dados e de entrevista semi-estruturada, realizadas com dez mães. Os dados foram agrupados em três categorias: experiências do nascimento à alta, a percepção materna sobre desenvolvimento do bebê e o papel materno no desenvolvimento do bebê; posteriormente foram submetidos à análise de conteúdo. Os principais resultados encontrados foram: que as mães apresentam baixo nível socioeconômico, conceituam desenvolvimento como saúde e bem-estar do bebê, preocupando-se com a relação entre prematuridade e desenvolvimento dos seus filhos, reconhecendo seu papel como cuidadoras primárias, vigilantes e estimuladoras para o bom desenvolvimento dos filhos, compreendendo que a família assume um papel secundário no processo de desenvolvimento. Conclui-se desta forma que: o baixo nível socioeconômico das mães deve ser considerado pela equipe no planejamento da assistência, visando ao aprimoramento do conhecimento materno sobre prematuridade e desenvolvimento. A valorização das experiências cotidianas vivenciadas pela mãe e pelo bebê ressaltam a importância de estimular os demais membros da família a participar como rede de apoio no processo de desenvolvimento dos bebês.

Palavras-chave: Prematuridade. Desenvolvimento infantil. Relação mãe-filho.

ABSTRACT

The present study had as objective to identify the mothers' socioeconomic characteristics, to know the experiences of neonatal internment, to know the mothers' perception on their babies' development, to know the mothers' perception on his/her role in the development through a descriptive study of qualitative approach. The data were collected at the Clinic of Continuation of the Infantile of the Academical Hospital Maternal Unit starting from the record register and semi-structured interview, applied with ten mothers. The data were separated in three categories: experiences from the birth to the discharge, the maternal perception on the baby's development and the maternal paper in the baby's development; later they were submitted to the content analysis. The found results were: that the mothers present low socioeconomic level, they consider development as health and comfort of the baby, worrying about the relationship between premature birth and their children's development, recognizing his/her role as caretakers primary, vigilant and stimulating for the children's good development, understanding that the family assumes a secondary paper in the development process. It is concluded this way that: the mothers' low socioeconomic level should be considered by the team in the planning of the attendance, seeking the improvement of the maternal knowledge on premature and development. The valorization of the daily experiences lived by the mother and the baby, the importance of stimulating the other members of the family is emphasized to make part as support in the process of the babies' development.

Keywords: Premature birth. Child development. Mother-son relationship.

LISTA DE SIGLAS

- AVD's – Atividades da Vida Diária
- CEST – Faculdade Santa Terezinha
- HUUMI – Hospital Universitário – Unidade Materno-Infantil
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- UFMA – Universidade Federal do Maranhão
- UI – Unidade Intermediária
- UMB – Unidade Mãe-Bebê
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva
- UTIN – Unidades de Terapia Intensiva Neonatais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	Geral	13
2.2	Específicos	13
3	MARCO TEÓRICO.....	14
3.1	O bebê prematuro.....	14
3.2	A mãe e o nascimento do bebê prematuro	17
4	PERCURSO METODOLÓGICO	20
4.1	Referencial teórico	20
4.2	Cenário do estudo	20
4.3	Sujeitos da pesquisa.....	22
4.4	Coleta de dados e instrumentos.....	22
4.5	Tratamento e análise dos dados	24
4.6	Questões éticas	25
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5.1	Entrada no campo: conhecendo os ambientes da pesquisa	26
5.1.1	O ambiente da UTI Neonatal.....	26
5.1.2	O ambiente do Ambulatório de Seguimento	27
5.1.3	As visitas domiciliares.....	28
5.2	Conhecendo os sujeitos.....	29
5.2.1	As mães	29
5.2.2	Os bebês.....	31
5.3	Aproximando-se dos diferentes olhares maternos sobre a prematuridade	31
5.4	Experiências do nascimento à alta	32
5.4.1	O nascimento	32
5.4.2	O hospital como espaço de aprendizagem.....	36
5.4.3	A volta para casa.....	40

5.5	A percepção materna sobre o desenvolvimento do bebê	43
5.5.1	Conceituando desenvolvimento.....	43
5.5.2	Relacionando prematuridade e desenvolvimento	45
5.5.3	Percebendo as novas habilidades do bebê	48
5.6	Os diferentes papéis no desenvolvimento do bebê.....	51
5.6.1	As funções da mãe.....	51
5.6.2	A função do pai	58
5.6.3	Conceito de função da família.....	59
6	CONCLUSÃO.....	62
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICES	71
	ANEXO	76

1 INTRODUÇÃO

A capacidade de gerar um filho e lhe proporcionar condições de desenvolvimento permeia as preocupações e as fantasias do cotidiano das mulheres que querem tornar-se mães. Entretanto, o nascimento de um bebê relaciona-se a vários sentimentos positivos e mesmo negativos vivenciados pelos pais e/ou famílias envolvidas no contexto. Esse sentimento ambivalente, na maioria das vezes, é pouco verbalizado pela dupla parental e pela família, podendo causar inquietações em relação à saúde da mãe e do bebê.

Neste contexto, os avanços tecnológicos das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN), incluindo à sofisticação dos equipamentos, trabalhos de humanização da equipe e da inclusão da família nos cuidados destes recém-nascidos, têm permitido a sobrevivência de muitos bebês prematuros. O que tem gerado atualmente a preocupação para o acompanhamento a curto e longo prazo do seu desenvolvimento (RUGOLO, 2005).

Essa preocupação originou a implantação de programas ambulatoriais conhecidos como programas de *follow-up* ou de seguimento, em hospitais de referência. Tais programas surgem tendo como objetivo principal acompanhar o desenvolvimento desta população através de critérios específicos de avaliação para detectar o mais precocemente possível desvios do desenvolvimento, oferecendo orientação para a busca de intervenções necessárias bem como suporte à família para cuidar do seu bebê. É mobilizada para esta tarefa uma equipe multiprofissional, com conhecimento e experiência em avaliação do desenvolvimento infantil. Entre os profissionais envolvidos podemos citar, Pediatras, Terapeutas Ocupacionais, Enfermeiros e Assistentes Sociais, Fonoaudiólogos e Psicólogos, entre outros.

Neste contexto, a atuação do terapeuta ocupacional envolve avaliações, estimulações e orientações familiares sobre o desenvolvimento destas crianças que em virtude de sua história neonatal podem vir a apresentar atraso em seu desenvolvimento neuropsicomotor.

O interesse, em particular acerca do desenvolvimento do bebê prematuro, despertou este estudo. Aliado a necessidade de aprimoramento de conhecimentos científicos e, em especial, responder a uma questão que inquietava: *as mães de forma geral são as acompanhantes mais participativas do programa de prevenção e reabilitação nos ambulatorios de seguimento (ou follow-up). O que significa para elas este acompanhamento? O que ele representa para o bebê?*

A partir disto, era freqüente o nosso questionamento sobre de que forma a mãe valorizava o processo de desenvolvimento de seu filho, bem como se dava sua avaliação

quanto à aplicação de tantas orientações recebidas ao longo do programa. A vontade de conhecer o *olhar materno* dirigido a estes programas de acompanhamento, a forma como elas experimentavam estas orientações e a compreensão do que se passava com o bebê a partir das mesmas foi a principal motivação para o desenvolvimento da presente pesquisa.

Da idéia à ação, nosso trabalho ficou assim estruturado: esta introdução, seguida pelo capítulo 2 onde apresentamos os objetivos da pesquisa; o capítulo 3, contendo o marco teórico, no qual se tecem considerações sobre o desenvolvimento do bebê prematuro e o papel da mãe no processo de seu desenvolvimento. No capítulo 4 é traçado o percurso metodológico da pesquisa, caracterizando o caminho percorrido para alcançar os objetivos propostos. O capítulo 5 contempla os resultados do trabalho de campo, apresentando os ambientes da pesquisa – a UTI Neonatal, o Ambulatório de Seguimento e as visitas domiciliares – bem como os sujeitos da pesquisa, mães e bebês. Através dos relatos maternos, apresenta as experiências familiares decorrentes da internação e alta, a percepção das mães sobre o desenvolvimento de seus bebês e o papel dos atores sociais, mãe, pai e família, no desenvolvimento do bebê. Neste mesmo capítulo tem início a discussão dos resultados visando uma melhor compreensão do leitor.

Tendo em vista que a percepção das mães sobre o tema proposto se dá a partir de suas experiências práticas, envolvendo todos os que estão inseridos no contexto, os resultados irão contribuir para a construção de um espaço que privilegia o diálogo, as vivências e as necessidades das mães e de seus bebês prematuros. Em especial, a terapia ocupacional poderá fazer uso destas informações e desta discussão para desenvolver programas de orientação focados na família.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as experiências maternas em relação ao desenvolvimento do seu bebê prematuro.

2.2 Específicos

Os objetivos específicos foram:

- a) identificar as características socioeconômicas das mães;
- b) conhecer as experiências maternas sobre o período de internação neonatal do seu filho;
- c) conhecer a percepção das mães sobre o desenvolvimento do seu filho prematuro;
- d) conhecer a percepção das mães sobre o seu papel no desenvolvimento do filho prematuro.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 O bebê prematuro

Os pais esperam sempre que o nascimento do seu bebê aconteça ao termo da gravidez, quando tudo já estiver preparado. Contrariando a expectativas, alguns bebês nascem de repente prematuramente, surpreendendo os pais e provocando uma série de experiências que suscitarão importantes adaptações para atender a esta nova realidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), são considerados bebês prematuros aqueles que nascem antes de completar 37 (trinta e sete) semanas de idade gestacional.

É importante ressaltar que a incidência do nascimento prematuro no mundo tem variado de 6% a 10%, sendo que a maior incidência é encontrada nos países em desenvolvimento. Na realidade brasileira essa incidência tem variado entre 5% e 15 % (BRASIL, 2001). Vários fatores podem contribuir para o nascimento prematuro. Santos et al. (2001) apontam as condições fetais, problemas maternos, presença de gemelaridade, multiparidade, histórico de aborto e/ou outros partos prematuros e fatores sócio-econômicos, considerando ainda que 50% dos nascimentos prematuros são considerados de causa idiopática.

Halpern et al. (2000) e Castro (2005) ressaltam que a vida intra-uterina do bebê constitui um período de desenvolvimento seqüencial e ordenado de uma série de sistemas funcionais interdependentes, que deixam o recém-nascido preparado com capacidades funcionais básicas para crescer e se desenvolver em relação às habilidades neurocomportamentais, desde que o ambiente seja favorável. Em relação aos bebês prematuros, este tempo de preparação não ocorre em sua totalidade o que pode trazer riscos para as suas futuras aquisições. Assim, Shea (2002) confirma que o nascimento prematuro é freqüentemente associado a uma variedade de fatores pré e pós-natais, que constituem uma ameaça ao desenvolvimento adequado do recém-nascido pré-termo. Por outro lado, quanto menor for a idade gestacional e os problemas associados à prematuridade, maiores serão os riscos para o desenvolvimento. Para Alin et al. (2001), apesar da maioria dos bebês prematuros apresentarem um prognóstico favorável, um número ainda significativo pode manifestar a curto e longo prazo seqüelas, entre elas paralisia cerebral, cegueira, surdez e deficiência mental entre outras, levando assim a um ônus familiar e social.

Um bebê saudável, no ambiente uterino adequado, recebe condições necessárias para organizar e amadurecer seus sistemas fisiológicos, sensoriais e motores, para que ao nascer esteja apto para sobreviver e se adaptar ao novo ambiente. Com o nascimento prematuro o bebê não se encontra preparado para enfrentar um meio totalmente diferente do uterino, repleto de estímulos externos nem sempre prazerosos e continentais. É a essa nova realidade que o bebê tem que se adaptar com vistas à sua sobrevivência.

Brazelton (1995), D'Agostino et al. (1998) e Dubowitz (2000) ressaltam que os bebês prematuros são considerados um grupo de alto risco para o desenvolvimento, uma vez que ficam expostos a diversas situações clínicas e ambientais que poderão interferir em seu processo de desenvolvimento. Lembram ainda que à estas situações somam-se as condições socioeconômica e emocional dos pais.

Todos estes autores citados mostram o bebê prematuro como um bebê de risco para o desenvolvimento infantil. Dessa forma, para este estudo, faz-se necessário lançar um olhar sobre alguns conceitos de desenvolvimento.

Entre os grandes teóricos do estudo do desenvolvimento podemos citar Gesell (1999) que estudou o desenvolvimento das áreas motoras, adaptativas e da linguagem, propondo inclusive uma avaliação de desenvolvimento amplamente usada no Brasil e em diferentes lugares do mundo. Piaget (1999) deu grande contribuição sobre o desenvolvimento da inteligência da criança. Le Boulch (1982) se preocupou de forma mais intensa com o desenvolvimento psicomotor. Ressaltamos ainda Freud (1986) que apesar de não haver feito como os demais autores estudos de observação e acompanhamento de crianças, entendeu, através da reconstituição das histórias de seus pacientes adultos a dimensão emocional do desenvolvimento infantil. Vigotsky (1996) apresentou uma nova dimensão no conhecimento do desenvolvimento infantil, especialmente cognitivo através de uma abordagem sócio-histórica. Podemos citar ainda Bowlby (1990) e Winnicott (1990) que através de conceitos relativos ao desenvolvimento emocional inicial compreenderam as influências das experiências dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil.

Para a presente pesquisa será considerada a abordagem de Papalia quanto ao conceito de desenvolvimento. Para este autor nenhuma teoria sobre o desenvolvimento humano pode ser universalmente aceita, nenhuma por si só explica toda a complexidade do ser humano. O desenvolvimento de um indivíduo é compreendido como um processo de diferenciação e maturação contínua e ordenado, definido por padrões de comportamentos que acompanham as diversas modificações que o ser humano apresenta no decorrer de toda sua vida.

Este conceito nos é relevante, pois pensamos que apesar da existência de diversas teorias que buscam explicar de diferentes ângulos do desenvolvimento infantil, cada criança é única e deve ser respeitada como tal. O que nos lembra nosso objeto de estudo – o bebê prematuro apresenta características próprias que não podem ser esquecidas no momento da investigação acerca do seu desenvolvimento.

No que se refere ao nascimento prematuro, Als (1986) chama atenção afirmando que ao nascer prematuro o bebê não pode ser comparado a um bebê de termo, a um bebê deficiente ou mesmo a um feto, este deve ser concebido como um bebê único que reage de acordo com seu estágio de desenvolvimento.

Nos bebês prematuros vários aspectos devem ser analisados e considerados tendo em vista seu tempo maturativo. Entre eles ressaltam-se o tônus postural, os sistemas sensoriais, o comportamento e a formação do vínculo. É importante ressaltar que, para um melhor acompanhamento do desenvolvimento do bebê prematuro, faz-se necessário calcular a idade corrigida, que, segundo Tecklin et al. (2002) é estabelecida pela subtração do número estimado de semanas de gestação menos 40 semanas da idade cronológica. O calculo evitará que sejam exigidas do bebê habilidades que não fazem parte ainda do seu processo de desenvolvimento.

O desenvolvimento sensorial está diretamente relacionado ao desenvolvimento motor, dessa forma, as experiências sensoriais vivenciadas a partir dos estímulos táteis, vestibulares, visuais, olfativos, gustativos e auditivos terão ampla relação com as reações e comportamento do bebê. No bebê prematuro deve-se levar em consideração a intensidade e a qualidade dos estímulos sensoriais recebidos, facilitando uma maior compreensão de suas reações.

Para Als (1986) e também para Meyerhof (1996), o modelo síncrono-ativo do desenvolvimento criado delineia caminhos para a observação do funcionamento cerebral através do comportamento do bebê. As capacidades autônoma, motora e de organização dos estados de atenção/interatividade podem ser observadas, possibilitando a identificação do limiar de estresse do bebê e uma intervenção mais adequada. O equilíbrio dos subsistemas é fundamental para o bebê, bem como a capacidade de pais, cuidadores e profissionais em reconhecer os sinais que o bebê prematuro emite.

O que não podemos deixar de lembrar é que controle postural e muscular tornam-se limitados, dificultando os movimentos espontâneos do recém-nascido prematuro em virtude das posturas necessárias nas incubadoras, para o uso de aparelhos, suporte ventilatório, imobilização de braços e pernas em função de alimentação, hidratação, entre

outros. Tecklin et al. (2002) acrescentam que a evolução inadequada do tônus poderá prejudicar marcos importantes do desenvolvimento sensório-motor do bebê prematuro, tais como controle cervical, surgimento dos reflexos primitivos e habilidades perceptivas e comportamentais.

Para Klaus e Kennell (1993), o desenvolvimento do vínculo afetivo é fundamental para a interação mãe-bebê, pois este favorecerá uma melhor organização dos vários sistemas, sensoriais e motores, contribuindo assim para o desenvolvimento do bebê. Neste contexto o papel da mãe deve ser valorizado, visando favorecer a relação mãe-bebê e posteriormente o desenvolvimento do seu filho.

A gravidez, o nascimento e a acolhida de um novo ser no ambiente familiar requerem de seus membros diversas adaptações, seja no contexto econômico, social e/ou emocional. Neste contexto as mães nas sociedades ocidentais são consideradas por muitos autores eixo central do desenvolvimento dos filhos, tendo a partir das relações que se estabelecem desde a gestação consequências positivas e/ou negativas no processo de desenvolvimento do mesmo.

3.2 A mãe e o nascimento do bebê prematuro

Muito se tem escrito sobre a influência do cuidado materno no desenvolvimento da criança, em especial na relação da mãe com o bebê prematuro e na importância da reconstrução do vínculo iniciado na gravidez e dificultado com o nascimento prematuro. Para Brazelton (1988) mostra que a partir dos contatos iniciais entre a mãe e o bebê em suas relações iniciais formam-se paradigmas das futuras relações sociais. Portanto, a separação de uma mãe do seu bebê, antes que a díade tenha estabelecido alguns processos interativos pode dificultar as atuais e futuras ligações afetivas ao mesmo tempo em que interferem no sentimento materno de competência bem como em sua auto-avaliação quanto sua importância para o bebê.

Busnel (2003) ressalta que, de repente, por uma necessidade vital, o bebê é submetido a um lugar distante e diferente de tudo que ele conhecia como próprio tendo que aprender sozinho, longe de sua mãe, a sobreviver. A autora coloca que “este aprendizado, quando realizado junto com a mãe, é mais importante que qualquer rotina hospitalar”. Assim sendo, logo que seja possível, após o nascimento mãe e bebês devem permanecer juntos para aprenderem e conhecerem esta nova realidade.

Para Bowlby (1998) e Dias (2000), o estabelecimento do vínculo emocional com um determinado indivíduo é um componente básico da natureza humana. Quando estabelecido, fortalecem-se relações que, no caso dos bebês, podem ser preciosas para sua sobrevivência, pois os pais se sentirão mais próximos, importantes e comprometidos com o filho, proporcionando para este uma maior segurança para vivenciar as experiências externas.

Dada, portanto, a importância da relação mãe-bebê para o desenvolvimento infantil, surgem programas que buscam, dentro dos hospitais, garantir a permanência da mãe no período de internação, favorecendo o fortalecimento do vínculo e do apego, o aleitamento materno e a humanização dos espaços hospitalares.

De acordo com Lamy (2000), oferecer um atendimento humanizado na UTIN não é uma utopia, partindo do pressuposto que o bebê necessita de muito mais do que equipamentos para sua sobrevivência e desenvolvimento.

A presença da família, em especial da mãe, desde a internação, proporciona não só aproximação com o bebê, mas gradualmente vai preparando-a para o desenvolvimento das atividades de vida diária (alimentação, higiene, vestuário e manuseio) da criança. Participar da rotina de cuidados é essencial para o desenvolvimento do bebê.

Winnicott (1994) afirma que a história do desenvolvimento infantil é uma história de dependência absoluta, que gradualmente evolui para a independência. À medida que o bebê se desenvolve, a confiabilidade do meio ambiente ocorre a partir das experiências de proximidade e continuidade com a figura materna.

Para Martinez (2004), os pais se tornam elementos potenciais no ambiente domiciliar, servindo de apoio e promovendo o desenvolvimento dos filhos. As formas como os pais conduzem o ambiente e vivenciam as atividades diárias tem ampla repercussão no desenvolvimento dos filhos. E aqueles pais que conseguem participar do processo de internação de seu filho recém-nascido, tornam-se mais capacitados a tonarem-se estes elementos potenciais, já no ambiente familiar.

A responsabilidade e a responsividade nos cuidados com os bebês é atualmente considerada como fortes influenciadores no ambiente familiar. Lordelo (2002) define como responsividade o grau de ajuste do ambiente aos estados comportamentais da criança, ou seja, é a maneira como o adulto cuidador modifica seu comportamento para atender às necessidades da criança. Para o referido autor a responsividade no ambiente domiciliar geralmente é focalizada na figura materna. O nível de responsividade é visto como um fator que poderá, de acordo com as vivências, favorecer uma maior participação das mães nas

brincadeiras, na motivação e na interação com a criança, promovendo assim melhores condições para um desenvolvimento global da mesma.

Considerando, portanto, a mãe como essencial para o desenvolvimento do bebê prematuro, esta deve ser estimulada a participar efetivamente dos cuidados com o filho, aumentando gradativamente a segurança necessária para os cuidados com o bebê prematuro.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Referencial teórico

Ao definir o objeto de estudo da presente pesquisa, constatou-se que, para compreender a percepção das mães sobre o desenvolvimento dos bebês prematuros, era necessário utilizar uma metodologia que privilegiasse as falas e experiências vivenciadas por essas mães. Dessa forma, optou-se por realizar uma pesquisa de abordagem qualitativa.

O desenvolvimento infantil é tema estudado por diferentes pesquisadores, que buscam, a partir de diferentes focos, conhecer e compreender este processo que envolve a criança, os pais, a família e o ambiente. Tratar da temática do desenvolvimento do bebê prematuro, a partir do olhar materno, proporcionou uma aproximação para as diferentes realidades vivenciadas pelas mães estudadas.

Segundo Minayo (1992):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Estes significados funcionam como elementos que estabelecem conexões entre os sujeitos e o mundo, o qual é, ao mesmo tempo, descoberto e construído, quer na dimensão individual quer na construção coletiva.

A abordagem qualitativa tem colaborado significativamente para a compreensão de grupos sociais, organizações, instituições ou de representações. De acordo com Andrade (1997), a representação que um indivíduo tem do mundo é fruto do trabalho de sua relação com ele.

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Universitário – Unidade Materno-Infantil (HUUMI), da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), em São Luís, fundado em 1985 com a finalidade de prestar assistência médico-hospitalar e oferecer campo de prática – riquíssimo – para o ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e áreas afins. O trabalho desenvolvido pelo HUUMI tem reconhecimento regional e nacional nos programas que desenvolve, sendo considerado hospital de referência no Estado do Maranhão para gestação de risco.

Entre os diversos serviços oferecidos no HUUMI destaca-se a assistência ao neonato, realizada por uma equipe multiprofissional, formada por médicos, enfermeiros,

assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, e auxiliares de enfermagem que buscam desenvolver suas atividades de forma interdisciplinar. A equipe procura criar um ambiente adequado para a maturação e desenvolvimento do neonato, envolvendo questões que vão além dos cuidados médicos e da tecnologia necessários. Buscando melhorar a qualidade de vida das crianças assistidas, sobressai a valorização da relação mãe-bebê, através da adoção da “Metodologia Canguru”, que levou o hospital a ser um centro nacional de referência, apoiado pelo Ministério da Saúde.

A Unidade Neonatal do Materno-Infantil é composta de três ambientes: Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde ficam os neonatos prematuros ou a termo que necessitam de cuidados intensivos e contínuos; um segundo ambiente, denominado Unidade Intermediária (UI), onde os neonatos com condições clínicas estáveis ficam em recuperação nutricional ou aguardando algum procedimento diagnóstico; e o terceiro ambiente, que é a Unidade Mãe-Bebê (UMB), onde mãe-filho permanecem juntos o tempo que a diáde considerar necessário e prazeroso, utilizando a metodologia “canguru”.

Quando o bebê e a mãe alcançam condições estáveis recebem alta e são encaminhados ao Ambulatório de Seguimento, também conhecido como *follow-up*.

Segundo Vieira da Silva (2001, p. 8):

A organização dos programas de *follow-up* surgiu da necessidade de acompanhamento dos bebês de risco, oriundos das UTI's neonatais, que com todo avanço médico e tecnológico das últimas décadas proporcionou a sobrevivência de RNS com peso e idade gestacional cada vez mais baixo.

As crianças são acompanhadas no Ambulatório de Seguimento até os sete anos, tendo como principais objetivos identificar fatores de risco para o desenvolvimento, realizar acompanhamento para detecção e intervenção profilática o mais precocemente possível, dar suporte e reconhecer a família no processo de assistência ambulatorial, inserindo-a no processo do desenvolvimento biopsicossocial do filho.

O Ambulatório de Seguimento do Hospital Materno-Infantil foi implantado em 2000 e atualmente desenvolve suas atividades com uma equipe, composta por Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Pediatras, Enfermeiras, Auxiliares de Enfermagem e Psicólogos. Conta ainda com uma rede de apoio, que auxilia no diagnóstico, quando necessário, nas áreas de oftalmologia, gastroenterologia, ortopedia e imagenologia (cardiologia e neuropediatria). Atualmente, em média são atendidas mensalmente 600 crianças, que recebem atendimentos no Ambulatório e visita domiciliar.

No Ambulatório os retornos são sempre agendados após a consulta. Tal medida facilita e funciona como estratégia para retorno das mães. As consultas consistem em

avaliação do estado clínico e do desenvolvimento das crianças, além de prestar orientação familiar sobre o desenvolvimento e estimulação da criança. Quando necessário, as crianças com alterações neurológicas são encaminhadas para atendimento de reabilitação, principalmente na Clínica-Escola Santa Edwirges, da Faculdade Santa Terezinha (CEST) ou para o Hospital Sarah Kubitschek, em sua rede São Luís.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Participaram do estudo mães que tiveram seus filhos acompanhados no Ambulatório de Seguimento do HUUMI no ano de 2005.

Os critérios de inclusão foram mães de bebês prematuros no primeiro ano de vida, sem diagnóstico de doenças neurológicas e/ou síndromes, que estavam freqüentando as consultas no ambulatório.

Os critérios de exclusão foram mães de bebês com faixa etária superior a um ano e com doenças neurológicas e/ou síndromes diagnosticadas, uma vez que estas poderiam possibilitar uma percepção diferenciada do desenvolvimento de seus filhos.

Atenderam aos critérios de inclusão uma população de 100 (cem) mães, das quais foram levantados dados maternos e dos filhos, para conhecimento das características do grupo.

Entre as cem mães foram efetuados sorteios sucessivos e realizadas entrevistas para definição da amostra. A amostra foi definida, com 9 (nove) mães, a partir da repetição das falas, sendo que o número de mães que fizeram parte da amostra foi considerado suficiente para atender aos objetivos do estudo.

Segundo Minayo (1989), a amostragem na pesquisa qualitativa busca privilegiar os sujeitos sociais envolvidos, sendo considerada suficiente a amostragem quando esta permitir certa reincidência das informações, sem desconsiderar as informações ímpares.

4.4 Coleta de dados e instrumentos

A pesquisa foi realizada após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA (ANEXO A) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas mães (APÊNDICE A), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196/96).

Esse Termo de Consentimento foi assinado após a leitura de Carta de Esclarecimento às Mães pela pesquisadora (APÊNDICE B).

A investigação foi realizada em três etapas, descritas a seguir:

Primeira etapa: Os dados para caracterização dos sujeitos da pesquisa foram coletados a partir dos prontuários existentes no Ambulatório de Seguimento. Para o registro das informações foi elaborada uma ficha de coleta de dados para elaboração do cadastro (APÊNDICE C). Da mãe buscaram-se dados socioeconômicos, como faixa etária, nível de escolaridade, ocupação, situação conjugal, renda mensal, número de gestações, número de abortos, número de filhos, assistência pré-natal, gemelaridade e tipo de parto. Sobre seus bebês foram coletados dados referentes à faixa etária, peso de nascimento, avaliação de *New Ballard*, tempo de internação, peso de alta, tempo entre alta e primeira consulta no Ambulatório de Seguimento, acompanhamento na Terapia Ocupacional, avaliação de *Dubowitz*.

Segunda etapa: A coleta de dados seguiu-se com o contato com as mães no dia da consulta no ambulatório, para apresentação do pesquisador, esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, justificativa da escolha do entrevistado, garantia de anonimato e sigilo sobre a autoria das respostas e, finalmente, o convite para participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). As entrevistas foram agendadas de acordo com o horário e disponibilidades das mães.

Para esta etapa da pesquisa a técnica utilizada foi a entrevista semi-estruturada, que teve como norteador um roteiro de entrevista (APÊNDICE D). O roteiro semi-estruturado permite ao entrevistador explorar questões norteadoras, apoiadas em teorias e hipóteses da pesquisa (TRIVIÑOS, 1992; LAKATOS; MARCONI, 2001; LOPES, 2005).

De acordo com Goldenberg (2004), o pesquisador deve preocupar-se em elaborar um roteiro com questões claras, simples e diretas, que não confundam os sujeitos e venha contribuir efetivamente para alcançar os objetivos propostos no estudo.

As entrevistas permitiram, a partir das conversas com as mães, uma aproximação com suas idéias, sentimentos, crenças e opiniões. Segundo Minayo (1989), a entrevista, tomada no seu sentido de comunicação verbal, permite serem coletados dados acerca de um determinado tema científico, sendo esta uma das técnicas mais utilizadas no trabalho de campo.

Terceira etapa: Após análise das primeiras entrevistas transcritas, observou-se uma limitação nas falas, considerou-se necessário realizar, com todas as entrevistadas, uma

visita domiciliar, com o objetivo de aprofundar as entrevistas iniciadas no Ambulatório de Seguimento.

Buscou-se através das entrevistas fazer um recorte na vida das mães, resgatando suas concepções sobre o desenvolvimento do filho.

O mundo real não se apresenta como uma totalidade, mas como um recorte que somos da totalidade. Esse recorte é concebido a partir do vista de onde nos encontramos e dos pressupostos que trazemos conosco, o que nos possibilitam experimentar e avaliar a totalidade do nosso cotidiano. (VICTÓRIA, 2000, p. 32).

Para Goldenberg (2004), em algumas situações de entrevista a presença do gravador pode inibir o pesquisado, requerendo do pesquisador habilidade para negociação e condução da pesquisa.

Nas entrevistas iniciais foi cogitada a possibilidade da visita domiciliar, visita esta prontamente aceita pelas mães. As mães foram posteriormente contactadas por telefone, domiciliares, comunitários ou de parentes, dessa forma tornando possível o agendamento de todas as visitas domiciliares, realizadas durante a semana e algumas nos finais de semana, de acordo com a disponibilidade das mães. Oito das mães selecionadas moram em bairros da periferia e uma em bairro próximo ao centro.

4.5 Tratamento e análise dos dados

Os dados referentes ao perfil das mães e dos bebês foram organizados nos quadros 2 e 3, permitindo o conhecimento de aspectos socioeconômicos dos sujeitos da pesquisa. Os dados referentes às entrevistas foram submetidas a uma das técnicas da Análise de Conteúdo, a Análise Temática.

Segundo Minayo (1989), a Análise de Conteúdo busca os significados manifestos e latentes no material qualitativo, utilizando-se de diversas técnicas para alcançar esses objetivos entre elas, Análise de Expressão a Análise de Relações, a Análise Temática e a Análise de Enunciação. A referida autora ressalta que, no âmbito das pesquisas em saúde, as mais adequadas são a Análise de Enunciação e a Análise Temática.

Para Soares (2000), a análise das falas dos sujeitos é realizada através da identificação de núcleos estruturadores recorrentes nos discursos, buscando-se a partir destes núcleos ou temas a explicitação do sentido contido nos conteúdos das diversas falas, de forma a permitir a compreensão das representações sociais.

De acordo com Bardin (1995, p. 105), “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de

guia de leitura. O significado dos temas deve ser explicitado a partir de categorias gerais e específicas.”

Para Minayo (1989), a operacionalização da análise temática desdobra-se em três fases. A primeira é a ordenação dos dados, que corresponde à etapa de transcrição dos conteúdos das fitas, seguida de leitura flutuante e exaustiva do material. A leitura permite a impregnação do conteúdo, que leva a uma aproximação entre os conteúdos e os objetivos da pesquisa. No segundo momento, após a leitura exaustiva das entrevistas, realiza-se a classificação dos dados, com o agrupamento dos temas que emergiram. E, finalmente, o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação. Nessa fase propõem-se inferências e são realizadas interpretações previstas no quadro teórico.

A partir dessa organização foram encontradas três categorias e suas respectivas subcategorias explicitadas, a seguir:

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Experiências do nascimento à alta	– O nascimento – O hospital como espaço de aprendizado – A volta para casa
A percepção materna sobre o desenvolvimento do bebê	– Conceitos de desenvolvimento – Prematuridade e desenvolvimento – As novas habilidades do bebê
Papel materno no desenvolvimento do bebê	– A função da mãe – A função do pai – A função da família

Quadro 1 – Categorias encontradas e suas subcategorias

4.6 Questões éticas

Por questões éticas, foi resguardado o anonimato das mães, sendo os seus nomes substituídos por nomes de mulheres que iniciam com a letra M. Maria, Mariana, Marília, Marta, Melissa, Márcia, Marcela, Marlúcia e Meire.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Entrada no campo: conhecendo os ambientes da pesquisa

A entrada de campo é uma etapa preciosa, que representa um período de aprendizagem contínuo, requerendo do pesquisador habilidade para conduzir a pesquisa.

Para Goldenberg (2004, p. 57), “o respeito pelos pesquisados, a flexibilidade e criatividade para explorar novos problemas, a disposição de ouvir e a sensibilidade para saber o momento de encerrar a entrevista são fundamentais”

Dado o contato inicial com a Unidade Materno-Infantil do Hospital Universitário, ter se restringido, até então, apenas a algumas visitas, tornou-se fundamental, para uma melhor compreensão dos sujeitos da pesquisa, o reconhecimento dos ambientes que fizeram parte das experiências maternas com o nascimento do bebê prematuro.

5.1.1 O ambiente da UTI Neonatal

Antes de iniciar a pesquisa no Ambulatório de Seguimento, considerou-se importante lançar um olhar sobre a UTI Neonatal, pois os dois setores têm uma forte ligação, ou seja, o trabalho iniciado na UTI, no cuidado com a sobrevivência dos bebês, prolonga-se através das ações desenvolvidas junto às mães e seus bebês no Ambulatório de Seguimento.

O ambiente da UTI Neonatal é dividido em três espaços, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a Unidade Intermediária (UI) e a Unidade Mãe-Bebê (UMB). A definição do espaço que o bebê vai ocupar depende de suas condições clínicas. Nos três espaços a presença da mãe é marcante, permanecendo junto do bebê sempre que tem condições físicas e emocionais, dormindo no hospital ou ali passando o dia. A rotina contempla a visita dos pais, avós e irmãos. As visitas têm, entre outros objetivos, aproximar a família do bebê prematuro.

Segundo Kennel (1999), nos últimos anos as “paredes” das unidades neonatais começaram a desmoronar e, hoje, as mães, os pais, e irmãos são bem-vindos, para observar, tocar, abraçar e sentir os bebês.

Durante as visitas foi possível verificar que as mães ficam observando, acompanhando e participando, na medida do possível, dos cuidados com o bebê. Na UMB é rotina observá-las circulando com seus bebês, fazendo “canguru”, método adotado pela instituição que, entre outros objetivos, favorece a construção do vínculo mãe-bebê. Neste ambiente é também comum vê-las em pequenos grupos próximo a uma janela, sentadas em

cadeiras de balanço, embalando seus bebês, conversando ou simplesmente observando um pouco a vida lá fora.

Em todos os ambientes as mães recebem orientações referentes à situação dos bebês, que são baseadas nas diversas avaliações realizadas, entre elas a avaliação médica, terapêutica ocupacional, fonoaudiológica e fisioterápica, entre outras. Além dos atendimentos individuais, as mães participam de atividades em grupo que são planejadas e conduzidas por diferentes profissionais componentes da equipe, sendo os temas propostos a partir das necessidades emergidas no dia a dia da UTI.

Quando criança e mãe encontram-se em condições de alta, a equipe passa todas as orientações necessárias e as encaminha para o Ambulatório de Seguimento. O primeiro retorno após a alta é acompanhado pela equipe da UTI Neonatal.

5.1.2 O ambiente do Ambulatório de Seguimento

Após esse olhar sobre a UTI Neonatal, iniciam-se as visitas ao Ambulatório de Seguimento dos bebês, egressos da UTI Neonatal. Este fica instalado no primeiro andar do hospital e conta com 6 (seis) ambientes, onde as diversas categorias profissionais e especialidades médicas realizam atendimento nas salas de avaliação auditiva, assistência médica, de enfermagem, terapia ocupacional e sala de espera e uma pequena área livre.

Inicialmente os objetivos da pesquisa foram apresentados aos profissionais do Ambulatório. O impacto inicial com a presença da pesquisadora foi normal e inevitável, alguém que antes não fazia parte da rotina passa a circular e fazer parte do cenário, sem efetivamente participar da equipe.

Neste período, antes de iniciar os primeiros contatos com os sujeitos da pesquisa, observou-se a sala de espera, local onde as mães diariamente aguardam os atendimentos. Algumas mães chegavam sozinhas com seus bebês, outras acompanhadas pelo pai, familiares ou amigos. Enquanto esperam o atendimento elas conversam, trocam experiências e informações sobre a assistência prestada, mas algo peculiar e muito interessante foi verificar que ali as mães relatam diariamente as conquistas de seus bebês, tentando mostrar umas para as outras ou para a atendente da recepção as suas “peraltices”. É bem verdade que algumas se mostravam realmente preocupada com o peso e o crescimento de seus bebês. Em geral este espaço, que poderia representar tão somente um espaço ocioso de espera do horário das consultas, transforma-se aos poucos, num espaço riquíssimo de interações e troca de informações, que se mostrou muito útil para esta pesquisa.

A circulação de mães, bebês, familiares e profissionais são constantes e a mãe, dependendo da necessidade, recebe no mesmo dia atendimento e orientações do Pediatra, do Terapeuta Ocupacional, Enfermeiro, Assistente Social, Fonoaudiólogo e do Psicólogo, entre outros.

5.1.3 As visitas domiciliares

As visitas domiciliares proporcionaram à pesquisadora uma maior aproximação com a realidade dos sujeitos da pesquisa, iniciando com as condições sanitárias dos bairros e da dificuldade de acesso e transporte.

Segundo Medeiros (2003), crianças que vivem em ambientes familiares onde a estimulação e o suporte social são inadequados estão mais sujeitas a atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, potencializando o risco que estes bebês já apresentam.

De acordo com Levy-Shiff et al. (1994), a situação socioeconômica revela-se uma variável importante para que os prematuros possam ter bons resultados. Concluíram que um ambiente estimulador e de classe média contribui para bons resultados no desenvolvimento dos filhos, enquanto aqueles que vivem em ambientes desfavorecidos tiveram resultados não satisfatórios em longo prazo. Carvalho et al. (2001) acrescentam que vários estudos têm salientado a condição de pobreza como associada a um prognóstico desfavorável ao desenvolvimento global da criança pré-termo.

Todas as casas visitadas eram de alvenaria. Sete mães moravam com os pais, irmãos, tios e/ou outros parentes. Uma casa tinha o piso de barro batido, em algumas os cômodos não tinham portas e em outras apresentavam um número de cômodos inferior ao número de pessoas que os dividiam, sendo que em duas casas um quarto era dividido pela mãe, bebê, pai e tios. Duas casas ficavam em ruas muito estreitas, com esgoto exposto, aonde se chegava por uma ponte de madeira.

Independentemente das condições de moradia, a visita domiciliar tornou-se importantíssima para a construção e finalização da pesquisa, uma vez que as mães conseguiram ficar à vontade. De todas as visitas realizadas, apenas uma das casas apresentou excelentes condições sanitárias. A criança tinha um quarto amplo, cuidadosamente preparado com variada oferta de estímulos. A mãe preparou um ambiente adequado, onde reproduzia as orientações recebidas no Ambulatório de Seguimento.

A experiência da visita domiciliar levou a questionamentos sobre a aplicabilidade concreta das orientações recebidas no Ambulatório. Como oferecer ao bebê um ambiente favorável e rico em estímulos, se muitas vezes a maior necessidade da família consiste na aquisição do alimento diário?

5.2 Conhecendo os sujeitos

5.2.1 As mães

Buscou-se, a partir dos dados coletados, retratar as principais características socioeconômicas das mães entrevistadas, possibilitando assim um breve olhar sobre sua realidade. Os dados foram organizados sob a forma de quadro, para uma melhor visualização das informações coletadas.

Codinome	Idade	Escolaridade	Ocupação	Situação conjugal	Renda familiar mensal	Número de gestações	Número de abortos	Número de filhos	Pré-natal	Gemelaridade	Tipo de parto
Maria	15	Fundamental Incompleto	Do lar	União consensual	S/renda fixa	01	–	01	Sim	–	Normal
Mariana	17	Fundamental	Estudante	Separada	400,00	01	–	01	Sim	–	Normal
Marília	18	Fundamental	Estudante	Separada	350,00	01	–	01	Sim	–	Normal
Marta	33	Médio	Do lar	Casada	260,00	02	–	02	Sim	–	Cesárea
Melissa	19	Médio Incompleto	Do lar	Casada	S/renda fixa	01	–	01	Sim	–	Normal
Márcia	23	Médio	Do lar	Separada	300,00	03	02	02	Sim	01	Cesárea
Marcela	21	Médio	Do lar	União consensual	600,00	01	–	01	Sim	–	Cesárea
Marlúcia	21	Médio	Estudante	Casada	300,00	01	–	01	Sim	–	Cesárea
Meire	24	Superior	Professora	Casada	1.000,00	02	–	02	Sim	–	Cesárea

Quadro 2 – Caracterização das entrevistadas

Das mães entrevistadas quatro eram adolescentes e destas, três estavam separadas de seus parceiros. Com relação ao número de gestações, seis eram primíparas. Aragão et al. (2004), em pesquisa realizada em São Luís para identificar os fatores de risco para a prematuridade, encontraram como principais resultados a idade materna menor de 18 anos, renda familiar menor ou igual a um salário mínimo, primiparidade e viver sem o companheiro.

Observou-se entre as mães um baixo nível de escolaridade, destas só uma tendo escolaridade superior. As mães estudantes, mesmo a casada, moram com os pais, que, além de

assumir os cuidados com o bebê, auxiliam financeiramente para que possam continuar seus estudos. A grande preocupação os pais é com a possibilidade, no caso das adolescentes, de uma nova gravidez.

Allen (1993) confirma que a baixa escolaridade e o baixo nível socioeconômico dos pais, ser mãe adolescente e histórias de relações desajustadas entre os pais podem contribuir negativamente para o desenvolvimento do bebê prematuro.

Das nove mães, seis exerciam atividade exclusiva do lar, dedicando-se aos cuidados da casa, do filho e do marido. Nesta pesquisa só uma mãe contribuía financeiramente para a renda familiar, as demais tinham o marido ou os pais como provedores. Das entrevistadas três mães têm renda mensal familiar superior ao salário mínimo, destas só uma apresentando condições socioeconômicas aparentemente satisfatórias, que permitem proporcionar ao seu bebê uma melhor condição de vida. É válido ressaltar que a mãe que apresentou melhor renda é a que tem o nível de escolaridade melhor e, conseqüentemente, exerce uma atividade profissional; as demais tem renda oriunda de atividades informais. Para Medeiros (2003), entre os fatores mais significativos que afetam a qualidade do ambiente domiciliar está a condição socioeconômica da família.

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2003) e autores como Rocha (2000), o Nordeste vem confirmando tendência relacionada a uma enorme desigualdade de renda e elevados níveis de pobreza, fato que leva a uma diminuição na qualidade de vida da população. Para as crianças, as conseqüências mostram especialmente dificuldade de acesso a serviços básicos de saúde, moradia, alimentação e, por fim, ambiente pouco estimulador.

Quanto ao tipo de parto, cinco foram cesarianos e quatro normais. Segundo estudos realizados pelo IBGE (2003), o aumento na incidência de parto cesariano é um fenômeno comum em quase todos os países do mundo. Contudo não se sabe de nenhum outro país onde a curva de aumento deste tipo de parto seja tão acentuada, nem tenham sido alcançados níveis tão altos quanto no Brasil. Em relação aos nascimentos prematuros tem-se que levar em consideração a necessidade real da realização deste tipo de parto.

Para Coelho et al. (1998) a combinação de fatores biológicos e sociais cria uma situação de duplo risco para a criança, pois reduz a probabilidade de resultados favoráveis para o desenvolvimento infantil.

5.2.2 Os bebês

Considerou-se importante conhecer as características dos bebês, uma vez que suas condições clínicas no nascimento influenciam no tempo que os mesmos permanecerão na UTI Neonatal, no tempo de internação. Ao mesmo tempo, a evolução do seu desenvolvimento desde o nascimento exerce uma forte influência no contexto familiar, em especial na figura materna que os acompanham.

Codinome	Idade	Peso de nascimento	New Ballard	Tempo de internação	Peso de alta	Tempo entre alta e 1ª avaliação	Terapia ocupacional	Dubowitz
Bebê (Maria)	7m5d	1.985g	34s3d	15d	1.970g	6d	Sim	Normal
Bebê (Mariana)	7m	1.515g	30s6d	28d	1.705g	16d	Sim	Normal
Bebê (Marília)	11m	1.800g	35s1d	17d	1.720g	17d	Sim	Normal
Bebê (Marta)	8m	1.365g	36s	34d	1.680g	28d	Sim	Normal
Bebê (Melissa)	1ª3m	1.425g	32s3d	20d	1.735g	14d	Sim	Normal
Bebê ₁ (Márcia)	7m13d	2.015g	35s	18d	1.715g	22d	Sim	Normal
Bebê ₂ (Márcia)	7m13d	1.830g	35s	18d	1.875g	22d	Sim	Normal
Bebê (Marcela)	3m	1.925g	35s	15d	1.995g	18d	Sim	Normal
Bebê (Marlúcia)	6m	1.480g	32s1d	20d	1.990g	10d	Sim	Normal
Bebê (Meire)	3m	1.320g	31s3d	30d	1.995g	8d	Sim	Normal

Quadro 3 – Caracterização dos bebês

Os bebês, prematuros nasceram com idade gestacional entre 30s6d e 35s1d. O peso de nascimento variou de 1.365g a 2.015g e o peso de alta entre 1.680g a 1.995g. O período de internação esteve entre 15d a 34d. O tempo entre o dia da alta e dia da primeira avaliação no Ambulatório variou de 6 a 28 dias. Todos foram atendidos pelo serviço de Terapia Ocupacional. A passagem pelo serviço de Terapia Ocupacional é um dado importante, uma vez ser a pesquisadora deste estudo um dos profissionais no ambulatório responsável pela avaliação e orientação familiar sobre o desenvolvimento dos bebês.

5.3 Aproximando-se dos diferentes olhares maternos sobre a prematuridade

A perspectiva da participação familiar, onde as experiências cotidianas são valorizadas, tem conduzido pesquisadores a questionamentos, novas hipóteses e,

conseqüentemente, à busca de respostas para uma nova abordagem da realidade. Neste contexto, a aproximação de conhecimentos teóricos e práticos vivenciados por profissionais associa-se às experiências dos atores sociais envolvidos, possibilitando um espaço de aprendizagem e troca de saberes para todos.

Transita-se a seguir através das falas maternas, nas impressões, sentimentos e percepções sobre o desenvolvimento dos bebês prematuros, buscando de alguma forma conhecer e comungar conceitos e experiências. Descobrir, no simples fato de ouvir, tarefa nada fácil nos dias atuais, onde as exigências de soluções prontas e rápidas são cada vez mais valorizadas, faz repensar a importância do respeito e acolhimento da experiência dos sujeitos como fonte inspiradora para transformações e reflexões múltiplas.

Para Vieira da Silva (2002), o desenvolvimento é resultado da interação dinâmica entre a criança e o ambiente, e cada um influencia e é influenciado pelas respostas do outro. Avaliar os efeitos do nascimento prematuro sobre a família e, especialmente, sobre a mãe, permite intervenções mais direcionadas às reais necessidades da família.

5.4 Experiências do nascimento à alta

Esta categoria retrata as experiências vivenciadas pelas mães no nascimento, no período da internação, no momento da alta e no retorno ao lar. Observou-se que essas vivências causaram um forte impacto nas mães, que no momento das entrevistas mostraram-se emocionadas em recordar, muitas vezes de forma minuciosa, as experiências vividas, destacando-se entre elas a surpresa do nascimento prematuro e o período de internação na UTI Neonatal.

5.4.1 O nascimento

Eu não esperava que ia acontecer tudo isso. (Maria).

O nascimento prematuro expõe mãe e bebê a circunstâncias adversas, seja para o bebê, que ainda está em desenvolvimento, ou para a mãe, que deve adaptar-se à situação inesperada do nascimento prematuro do seu bebê. Diante dessa nova realidade, vários sentimentos emergem como relata Melissa:

Imagina, foi super complicado né, eu tava esperando nascer uma criancinha sabe, sadia, eu não esperava que ia acontecer tudo isso. Nossa, foi horrível. (Melissa).

Sentimentos como insegurança, angústia, ansiedade e medo afloram nas mães que necessitam organizar-se emocionalmente para acolher seu bebê.

Para Carvalho (2003), o nascimento de um bebê prematuro pode ser comparado a um evento de proporções marcantes, cujo impacto faz-se sentir não só nas vidas dos pais como também no seio familiar, fazendo-se necessário um período de adaptação e aproximação entre todos que vivenciam este contexto. A fragilidade do bebê faz aflorar sentimentos inicialmente confusos na mãe, como relatado por Marlúcia:

Quando eu olhei foi um susto, tão pequeno, ele era tão pequeno, que eu nem sei. Mas mãe sabe como é, né? Pra mim, achei a criança mais linda do mundo, que era meu né, meu primeiro filho, meu primeiro. (Marlúcia).

O impacto pode ser maior quanto mais distante for o bebê real do bebê imaginado pela mãe no período da gestação. Na maioria das gestações as mães sonham, idealizam como serão seus bebês, que características terão, se mais parecidos com a família paterna ou materna, sonhando com um bebê forte e saudável. Esta idealização Brazelton (1992) conceitua como “bebê imaginário”. Aproximadamente por volta do sexto ao nono mês a mãe passa por um período de transição do bebê imaginário para o bebê real que logo nascerá, o nascimento prematuro surpreende à mãe que tem que adaptar-se a nova realidade, sem estar preparada para tal.

Este momento é muito delicado e, ao mesmo tempo, especial, como demonstra Melissa em sua fala:

No outro dia eu ainda estava com muita dor mas levantei da cama e eu fui lá olhar ela, aí quando eu cheguei lá, nossa, me assustei quando eu olhei, eu não sabia o que eu sentia, se era felicidade, se ficava tão assim meu Deus, olha o tamanhinho. (Melissa).

O encontro proporcionou para Melissa sentimentos mistos de susto e agradecimento pela sobrevivência do bebê. É importante ressaltar que o primeiro contato da mãe com seu bebê deve ser muito bem apoiado e acompanhado pela equipe haja vista sua importância para a formação dos vínculos afetivos. Este deve ser incentivado à medida que a mãe encontre-se preparada, com vista a promover uma melhor interação mãe-filho. Segundo Brazelton (1988), o desenvolvimento do vínculo é algo construído, desde a idéia de concepção até o encontro dos pais com o bebê.

Pode-se ainda observar, nesse primeiro momento, que a primeira preocupação das mães está relacionada à sobrevivência dos bebês, ficando em segundo plano a preocupação com o seu desenvolvimento, como explicitam em suas falas Marlúcia e Meire:

Eu fiquei triste né, no dia do nascimento dele, eu não sabia se ele ia resistir. (Marlúcia).

Eu não imaginava que ia ser desse jeito, foi tudo uma novidade pra mim, a gente nunca espera né. Ele era tão pequenininho. Só que eu sempre tive esperança, que ele fosse resistir, se desenvolver direitinho, foi um choque, porque ele nasceu muito pequenininho, muito magrinho, perdeu peso. (Meire).

A fragilidade apresentada pelo bebê instiga questionamentos e inquietações aos pais que convivem com o sofrimento do mesmo, com a expectativa da sua capacidade de resistência e o medo da morte. Apesar de compreender a importância da UTI Neonatal para os filhos, esta ainda é percebida como um lugar onde os conceitos de vida e morte estão muito próximos.

Mathelin (1999, p. 67) chamou a atenção para esse problema: “como se sentir mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama no seio, que não olha, que não sendo momento algum tranquilizante, não fabrica mãe?”

Passado o impacto inicial do nascimento, mães e bebês enfrentam um novo desafio, o de ter que permanecer por algum tempo no ambiente da UTI Neonatal. Este período, para as mães entrevistadas, foi considerado marcante, único e difícil de esquecer. Algumas mães, ao relatar suas experiências no decorrer da entrevista, mostraram-se bastante emocionadas, algumas choraram, outras ao longo do relato paravam e ficavam algum tempo em silêncio.

Braga e Morsh (2003) descrevem a UTI Neonatal como um ambiente de alta complexidade tecnológica, cheio de aparelhos sofisticados e com um batalhão de profissionais, ressaltando que, por suas próprias características, a UTI Neonatal apresenta-se como um ambiente gerador de estresse.

Neste cenário, é possível imaginar o nível de ansiedade e medo vivenciados pelas mães, como relatam Mariana e Marta:

Foi legal estar com minha filha, mas ali dentro da UTI (silêncio) vê ela assim, minha filha, eu pedi a Deus para tirar ela dali de dentro da UTI. Eu queria levar ela pra casa, mais era isso mesmo, hoje ela está comigo. (Mariana).

Foi difícil demais apesar de todo o apoio dos médicos, dos enfermeiros todo acompanhamento foi maravilhoso, mais foi muito difícil. (Marta).

As mães demonstraram que participar da rotina da UTI Neonatal não é uma situação fácil. Observa-se na fala de Mariana o reconhecimento da importância de estar junto à filha, mas sobressai também uma reação de proteção quando expressa a vontade de não estar ali, naquele espaço, compreendido por ela como um lugar doloroso, onde o conflito é constante apesar de querer retirá-la, mas aceitando a necessidade daquele momento para a sobrevivência da filha. É importante ressaltar que inserir as mães no ambiente da UTI por si só não basta (como estratégia isolada), devendo a equipe ainda proporcionar às mães possibilidades de maior compreensão das condições clínicas, dos procedimentos e da importância de sua presença para a recuperação do bebê.

Para Moreira, Bomfim e Llerena Júnior (2003) é comum essa reação dos pais, uma vez que o ambiente de uma UTI Neonatal parece assustador para todos os que nela entram pela primeira vez. Principalmente para os casais, que ao planejar uma gestação não cogitam a possibilidade de ter que freqüentá-la. Muitos inclusive desconhecem sua existência. Marcela em sua fala confirma a dificuldade em ficar no ambiente da UTI Neonatal, mesmo compreendendo a importância dos cuidados prestados para a sobrevivência do seu bebê.

Foi muito triste, foi ruim. Eu tive que ficar com ele. Não por ficar com ele entende? Mas ver ele assim, tava tão esperado nascer normal, para vir de nove meses, foi uma surpresa pra gente, boa, mais ao mesmo tempo (silêncio) ruim. (Marcela).

A UTI Neonatal proporciona às mães contato com tecnologias avançadas e com uma equipe multiprofissional, além da convivência com outras mães que como elas estão acompanhando seus bebês. O olhar materno então não fica restrito só ao seu bebê mas pode provocar comparações com outras crianças internadas. As comparações às vezes podem aparecer como um agente estressante, como relata Maria:

[...] Eu chorava, assim, porque eu via assim, que tinham outras crianças menores que ela lá, tinha outras com muitos problemas também, aí eu pensava nela e começava a chorar. (Maria).

Eu e meu bebezinho ali, eu não agüentava, de todo jeito eu chorava. As outras mães chegavam e iam embora e eu ali. (Maria).

Eu chorava demais, não agüentava, aí chegou uma médica e disse: ‘J. você quer ir para casa?’ (fala da profissional). Não gosto nem de lembrar que me dá logo vontade de chorar. Todo mundo chegava e ia embora com seus filhos, só eu ficava lá. (Maria).

Todas as mães enfatizaram as experiências da UTI Neonatal como marcantes, mas de todas Maria foi a que mais se emocionou e evidenciou a dificuldade de ficar na UTI Neonatal, como se vê acima. Aqueles quinze dias foram marcantes para essa mãe primípara e adolescente de 15 anos, a mais jovem do grupo.

Para Silva (2002) as situações de risco enfrentadas pela mãe, acrescidas das condições de vida e de normalidade de seu bebê, vão nortear todo o desenvolvimento do relacionamento mãe-bebê. Tornar portanto este ambiente o mais acolhedor possível para mãe e bebê torna-se um dos principais desafios para as equipes das UTI's.

Para Lopes (2005) outras situações, como a morte de outra criança no período da internação, colaboram para o estresse, evidenciando a incerteza das mães em relação ao futuro dos seus próprios filhos.

As mães acompanhadas na UTI Neonatal do HUUMI observaram e acompanharam toda a assistência prestada ao seu bebê. A possibilidade de ficar perto, próximas aos bebês foi considerada por elas dolorosa mas, ao mesmo tempo, muito

importante, pois dessa forma elas conseguiram acompanhar o que realmente estava acontecendo. Como relata Marcela:

Eu fiquei muito preocupada, ele era tão pequenininho, tão pouquinho, tão bonitinho. A gente fica preocupada né, mas vê que tão fazendo tudo o que pode ser feito né. A gente fica lá acompanhando. (Marcela).

Para Scochi et al. (2003), o fato de não poder pegar o bebê no colo, aconchegá-lo e embalá-lo já é bastante frustrante para a mãe. Mesmo quando já é possível tocá-lo dentro da incubadora, muitas mães se amedrontam nesse momento. O medo é justificado pelos sentimentos de baixa auto-estima, pelo próprio ambiente e pela falta de autoconfiança em ter capacidade de criar o filho.

Neste momento uma assistência direcionada à promoção do estabelecimento do vínculo e do apego são essenciais para a relação mãe-filho, bem como o treinamento para o desenvolvimento de habilidades maternas para o cuidado com a criança posteriormente no domicílio.

5.4.2 O hospital como espaço de aprendizagem

[...] lá dentro aprendi como cuidar do meu bebê [...]. (Marília).

O ambiente hospitalar por muito tempo foi concebido como um lugar de isolamento para as pessoas doentes que buscavam a cura. A responsabilidade de salvar a vida da pessoa que necessitasse de cuidados estava pautada nos profissionais de saúde, normas, equipamentos e todo o aparato tecnológico existente. Gradualmente esta concepção vem mudando e o processo de humanização dos espaços hospitalares tem aos poucos inserido uma nova rotina, onde todos, profissionais, pacientes e família são atores ativos na promoção da saúde.

No período da internação as mães entrevistadas conseguiram ver o hospital como um espaço de aprendizagem, no qual a equipe teve uma contribuição essencial para essa nova visão.

Winnicott (1994) afirma que um bebê sozinho não existe. Cada recém-nascido internado possui uma família que necessita de atenção e cuidados diferenciados por parte da equipe. Esta deverá entender as mensagens verbais e não-verbais dos pais, com vista a oferecer um melhor suporte emocional.

A preocupação com a humanização do ambiente hospitalar deve ser constante entre todos que fazem parte deste contexto. “O ambiente agregado aos fenômenos que rodeiam uma pessoa podem influenciar no seu desenvolvimento e em sua existência.”

(MASAGATANI, 2002, p. 145). A maneira como serão conduzidas as práticas assistenciais, bem como a forma de atenção diferenciada aos pais terão grande influência na mudança de comportamento dentro do ambiente.

O olhar materno no ambiente da UTI vai transformando-se gradativamente à medida que a mãe vai desvendando este mundo novo e aprendendo uma série de novos conceitos. Aquele espaço antes compreendido como assustador passa a ser um espaço transformador, de aprendizagem e trocas mútuas entre mães, profissionais e bebês. Isso pode ser observado no relato de Marília:

Para mim foi bom, porque a gente aprendeu muita coisa boa, lá dentro aprendi como cuidar do meu bebê. (Marília).

Para Lamy (2000), em estudo realizado com pais de bebês internos em UTI Neonatal, esse é um espaço de aprendizagem, de sofrimento e esperança.

Ele passou menos de um mês na UTI [...] nessa fase a gente passa com o bebê, pra gente conhecer ele melhor, pra gente ter vínculo. (Marlúcia).

A construção do apego e do vínculo neste momento é fundamental para os futuros cuidados maternos. Para Bowlby (2001), um vínculo estável, vivenciado como uma forte segurança, e a renovação desse vínculo, podem ser considerados como uma fonte de energia. Energia esta essencial para o bem-estar do bebê e da mãe. Ao contrário, a ausência do vínculo poderá acarretar fortes conseqüências na futura relação.

Brazelton (1988) ressalta que a mãe fica insegura e ansiosa por acreditar não poder cuidar do seu filho, por sua vez, a criança sente falta da segurança e do apego que lhe fora transmitido pela mãe durante a gravidez. Para Marília, no depoimento acima, estar presente no cotidiano da UTI proporcionou um espaço de aprendizagem, favorecendo uma maior segurança nos cuidados dispensados ao seu bebê. Ficar junto na UTI com o bebê favorece principalmente a construção e o fortalecimento da relação mãe-bebê, anteriormente interrompida com o nascimento prematuro.

Klaus e Kennel (1993) acrescentam que o apego é de extrema importância para a sobrevivência e o bom desenvolvimento da criança, visto que as relações estabelecidas inicialmente entre pais e bebê influenciarão a qualidade de todos os laços futuros com outros indivíduos.

Outras mães expressam entusiasmo ao afirmar que naquele ambiente elas também estavam contribuindo ativamente na recuperação do filho, assumindo desde cedo suas responsabilidades como mãe:

Lá a gente tinha que acordar de hora em hora né, para tirar leite, pra dá na sonda [...] a medicação que ele tinha que tomar no horário certo, não é mais responsabilidade do enfermeiro não, é da mãe. (Marlúcia).

Eu tive que aprender como dava de mamar, como tirar o leite, porque ela não tava pegando o peito, aí eu tive que tirar o leite e fazer o canguru. (Marcela).

Eu aprendi a tirar o leite e fazer mãe-canguru. (Marília).

A humanização das UTI's Neonatais nos últimos anos tem sido uma preocupação constante do Ministério da Saúde, que entre as ações desenvolvidas tem colaborado de forma significativa com a capacitação de recursos humanos e incentivado a utilização do método “canguru”. Referido método proporciona à mãe e ao bebê condições de fortalecimento do vínculo, promoção do aleitamento e capacitação materna para o cuidado com o filho (FURLAN, 2003).

Para Klaus e Kennel (2000), após o contato “canguru”, muitas mães mencionaram que, pela primeira vez, sentiram-se próximas a seus bebês e sentindo realmente mães de seus bebês.

Participar ativamente dos cuidados com o bebê, logo que seja possível, é considerado importante para os futuros cuidados no retorno ao lar. A estimulação das mães quanto o desempenho das Atividades de Vida Diária (alimentação, higiene, vestuário e manuseio) são essenciais para o bem-estar do bebê, bem como representa um importante momento de estimulação sensorial e afetiva. Abéde e Ângelo (2005) acrescentam que durante a permanência da criança na Unidade, que pode ser longa, os pais vão começando a se sentirem mais aptos e à vontade para oferecer auxílio no cuidado com o filho.

Lá eu aprendi a cuidar dela, aprendi a dar banho, a amamentar e fazer tudinho. (Melissa).

Para Teixeira et al. (2003), os primeiros cuidados com os bebês durante as atividades de vida diária serão posteriormente aprimorados e generalizados. Com a generalização, a mãe aprimorará e aprenderá a executá-los adequando-os às suas necessidades.

Neste contexto o acolhimento, as orientações e principalmente o apoio da equipe às mães são fundamentais para dar-lhes suporte emocional, corroborando para o desenvolvimento do bebê e delas próprias. As mães relatam que, logo após o impacto do nascimento, a insegurança é um sentimento constante, principalmente no que diz respeito aos cuidados com os bebês. Definido por elas como tão pequeninos e tão frágeis, perguntam-se constantemente se saberão cuidar dos bebês.

Para Winnicott (1994) as mães têm uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes possibilita ir ao encontro de suas necessidades básicas. Essa capacidade é referida pelo autor como única e que de nenhuma forma poderá ser imitada por uma máquina e que não pode ser ensinada.

Diante de tantas adaptações necessárias, as mães demonstram ainda uma necessidade de cuidados, ou seja, além dos cuidados com o bebê, requerem uma atenção individualizada que lhes deve ser prestada. Sentem-se na maioria das vezes isoladas, querendo colo e atenção, com relatam Meire e Marta:

Eu gostei muito, fui muito bem acompanhada, me ajudaram bastante, as enfermeiras são super mães. E são mães porque ficam com a gente. São mães dos bebês e das mães também. (Meire).

Segundo Brazelton (1988), após a separação do nascido prematuro, a mãe pode apresentar sentimentos de angústia, medo, ansiedade e depressão, que se não tratados adequadamente podem levar a um distanciamento da mãe com relação ao seu bebê. Muitas mães tendem a culpar-se pelo nascimento prematuro e se acham incapazes de cuidar do filho.

Para Klaus e Kennel (1993), a partir das dificuldades apresentadas pela mãe em relação aos cuidados com o filho ainda na UTI, muitas se conformam em deixar os cuidados maternos por conta do profissional de enfermagem, por se julgarem incapazes de cuidar de seus filhos, sem colocá-los em risco. Referida relação deve ser conduzida adequadamente, para que aos poucos a mãe entenda que cada profissional inserido na UTI tem um papel destinado para melhorar as condições de seu filho. Desta forma, Marta se refere à boa relação que teve e como esta foi importante para ela.

Ah! foi muito difícil, porque a gente fica dentro do hospital isolada, porque a gente não sai né, fica aquela coisa, foi muito difícil pra mim, como se diz da preocupação né, se dela ficar bem ou não né. (Marta).

A equipe deve estar preparada para compreender e atender adequadamente a esta demanda materna, pois as mães encontram-se fragilizadas, fazendo com que o suporte emocional seja indiscutível. A possibilidade das visitas de outros membros da família, além do pai, como avós, os outros filhos e/ou amigos, pode apresentar-se como uma alternativa importante para diluir o sentimento de isolamento das mães.

A equipe não pode esquecer que cada mãe tem uma história, um desejo, crenças e mitos, que interferem nas suas próprias construções. Tais fatores devem ser respeitados e levados em consideração, com vista a uma maior interação mãe-bebê. Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Com seus bebês fora de risco de vida, uma nova expectativa envolve as mães, e a preocupação e a ansiedade voltam-se para o dia da alta.

5.4.3 A volta para casa

Chegando em casa: ‘[...] A primeira noite a gente não dorme [...]’ (Marlúcia).

O tempo e o espaço que representam o período de internação têm significados diferentes para as mães. Uma semana pode representar uma eternidade, dependendo da intensidade das experiências e das condições pessoais de cada mãe. As mães relatam que faz parte do período de internação contar os dias e as horas para receber alta e retornar ao lar em segurança com seu bebê.

O retorno ao lar e ao ambiente familiar é almejado com ansiedade por todas as entrevistadas. Estas acompanham de maneira minuciosa as conquistas dos filhos, contando os dias para o retorno. Referem-se ao dia da alta como um momento de muita alegria, com o demonstram em suas falas Maria, Marta e Márcia.

Toda hora eu procurava o médico, eu não agüentava mais, eu tava doidinha para ir embora. (Maria).

O momento da alta foi maravilhoso, apesar de todo acompanhamento do hospital, é muito bom mesmo voltar para casa. (Marta).

O pediatra me disse que ia dá alta, só que eles não tinham atingido o peso ainda. Quando ela me deu alta foi um alívio (sorrisos), um alívio. (Márcia).

As mães indicam um misto de sentimentos de alegria, alívio e vitória, pois retornar ao lar com o bebê no colo representa que foram guerreiras e juntos conseguiram superar as dificuldades.

Quando faltava um dia para um mês, ele alcançou o peso. Aí eles deram alta pra gente. Eu disse, pronto, olhei pra ele e disse ‘ muito bem meu filho, você conseguiu. (Meire).

Foi muito bom, foi bom demais, poder levar minha filha pra perto de mim. Porque ela passou muitas dificuldades, ela precisou de um aparelho pra respirar né, ela tinha problemas no pulmão né. Ela foi retirada de mim [...] mas agora estava tudo bem. (Mariana).

Eu fiquei aliviada porque eu fiquei muito tempo. Já tava agoniada. Eu sabia que estava sendo bom para o meu filho. Mas a gente fica sozinha, longe da família, a gente sente saudade, assim de casa. (Marcela).

Para Zorzi (1992) a alta é um momento importante, no qual os pais estabelecem uma nova relação com seus filhos. Para o referido autor este sentimento pode ser comparado aos vivenciados no momento do nascimento, pois as angústias adormecidas durante a internação afloram neste momento, tornando muitas vezes complexos e difíceis os primeiros momentos em casa.

Pedromônico (1998) acrescenta que os pais, em especial as mães, precisam de afirmação e devem acreditar que poderão compensar o período inicial de separação causada com o nascimento prematuro.

A euforia vai passando e as mães percebem que, a partir daquele momento, o bebê é de sua total responsabilidade, surgindo então a necessidade do apoio da rede familiar. Maria, Márcia e Marília assim colocam:

Eu me senti muito alegre, eu fui logo para a casa da minha mãe porque ela era pequeninha né, aí todo mundo ficou alegre todo mundo mesmo, os pais dele e minha mãe. (Maria).

Foi bom, porque eu moro aqui com os meus pais, né. (Márcia).

Eu tive minha mãe para ajudar, ela sempre me ajudou. (Marília).

A filha que se tornou mãe necessita do suporte familiar e as mães relatam sentirem-se seguras quando o acolhimento é realizado por suas mães, as avós dos bebês. Ao se sentirem amparadas e protegidas, terão melhores condições de cuidar de seus filhos. A experiência de suas mães servirá de parâmetro para os futuros cuidados com o bebê, e o retorno à casa da mãe ou o deslocamento da mãe para suas casas foi apresentado como uma prática comum entre as famílias, mesmo diante das diferentes histórias, contextos e referências familiares.

Verifica-se portanto aqui, explicitamente, a chamada “maternagem ampliada” definida como a capacidade dos avós de cuidar de forma mais ampla de duas gerações, dos filhos e dos netos.

Conforme Braga e Morsh (2003, p. 85), os avós já viveram “[...] com seus filhos outras situações que lhes ensinaram que, em alguns momentos, cabe aos pais esperar, dar tempo ao filho descobrir seus próprios recursos para chegarem mais próximo, contando-lhes alguns episódios que aconteceu com eles.” Assim, ao contrário dos pais que estão iniciando sua história com esse recém-nascido, os avós já sabem que em alguns momentos ou períodos da vida os filhos não podem corresponder aos desejos e às vontades maternas e paternas.

“Aos avós cabe mostrar aos netos o cume das montanhas e aos pais destes cabe mostrar como se faz para chegar até lá.” (BRAZELTON, 1992, p. 433).

De todas as mães, Melissa apresenta uma fala diferenciada quando expressa certo conflito com sua mãe:

Minha mãe ficou bastante preocupada ‘minha filha, quem vai cuidar dessa criança? (a mãe)’ Quando ela (a mãe) veio me visitar aqui no hospital ela não queria que eu levasse minha filha pra casa não, ela dizia ‘deixa ela aqui ou leva ela pra minha casa’ (a mãe) mas eu dizia não mãe, eu tenho que ir pra casa, eu tenho que apreender, porque sou eu quem vai cuidar dela mesmo. (Melissa).

Embora durante a internação Melissa tenha expressado à mãe o desejo de cuidar do seu bebê, ao chegar em casa sentiu-se insegura, como se vê a seguir:

Quando eu chequei em casa eu olhei pra ela e disse: ‘meu Deus, o que eu vou fazer agora [...] fiquei olhando ela assim, aquela coisinha, bateu um desespero [...] tão pequenininha [...] tão frágil’. Falei pro meu marido ‘manda alguém pra cá por que eu tô com medo.’ (Melissa).

Apesar da preparação para a alta, Melissa achava que não conseguiria cuidar sozinha do filho. Estava cumprindo um papel antecipado pela mãe. É importante que a equipe investigue a realidade que espera a mãe em casa, dessa forma poderão ser disponibilizadas estratégias que possam minimizar a ansiedade do retorno ao lar. Zorzi (1992) considera de extrema importância a preparação dos pais antes da alta do neonato. O acompanhamento da equipe não se encerra no momento da alta, simplesmente muda de foco e outros atores sociais entram em ação para prestar assistência aos pais.

Quando bem orientados a reconhecer em seus filhos sinais de sensibilidade aos diversos estímulos recebidos e sendo reforçados seus pontos fortes, os pais demonstram-se mais preparados para promover em casa um ambiente favorável ao estado de equilíbrio do bebê. Apesar de todo o cuidado da equipe, após os primeiros momentos de euforia a chegada em casa pode promover reações de desespero e angústia, como relatam Marta e Marlúcia:

Quando chega lá o medo é grande, dá vontade de voltar para o hospital. Fiquei com medo né, de não saber cuidar dela, fiquei muito preocupada, olhava toda hora. A primeira noite a gente não dorme. É porque ela era muito pequenininha, frágil. (Marta).

No momento me deu uma insegurança, por que lá tinha o acompanhamento dos médicos né, das enfermeiras, mas era uma vontade tão grande de ir para casa, mas a primeira noite a gente não dorme em casa olhando direto. (Marlúcia).

A preparação da mãe para a alta deve abranger os cuidados básicos do bebê: alimentação, banho e medicações, bem como as possíveis dúvidas do cotidiano e mitos populares (BRASIL, 2001).

Scocchi et al. (2003) ressaltam que o nascimento prematuro acrescido do período de internação contribui para o estresse da mãe e da família. Neste contexto necessitam de cuidados por parte da equipe para que possam novamente se organizarem frente à realidade do bebê. A assistência prestada aos pais reflete ainda na preparação dos mesmos nos cuidados com o bebê, quando do retorno ao lar. As visitas de parentes e amigos às vezes incomodam, principalmente pelo receio à exposição da criança. Os comentários sobre o nascimento de crianças prematuras aparecem como ameaças e provocam angústia, como relatam Maria e Mariana:

Quando eu cheguei em casa toda vez que vinham olhar ela diziam, é muito pequenininha. Teve até uma menina que chegou e disse, ela não vai sobreviver. (Maria).

Diziam que criança de oito meses não sobrevive né, olha ela aí. (Mariana).

Observa-se que estas mães apresentam reações de proteção para com os bebês, para elas eles ainda não deveriam nem ter nascido. Portanto, não deveriam estar expostos a outros olhares, principalmente daqueles que chegam a resgatar no momento da visita histórias de outras crianças prematuras que não conseguiram sobreviver.

Para as mães, voltar para casa já é uma grande vitória para ambos, mãe e bebê, onde os sentimentos de alegria e gratidão com a sobrevivência passam a fazer parte do discurso materno. Sua atenção, antes direcionada para a sobrevivência, agora será compartilhada com o olhar voltado para o desenvolvimento e as possíveis seqüelas que seus bebês possam ter.

5.5 A percepção materna sobre o desenvolvimento do bebê

O termo desenvolvimento tem sido alvo de diversos estudos com diferentes enfoques, dependendo dos objetivos de cada pesquisador. A diversidade literária encontrada também é extensa e oriunda dos diferentes olhares.

Em relação às crianças prematuras, estas são consideradas grupo de risco para o desenvolvimento, devendo receber a longo prazo acompanhamento em programas específicos que assegurem um melhor desenvolvimento.

Segundo Rugolo (2005), o aumento da sobrevivência de prematuros cada vez menores e mais imaturos impõe vários questionamentos sobre a qualidade de vida dos bebês. O referido autor acrescenta que a preocupação com seu desenvolvimento tem sido amplamente expressa na literatura.

Neste contexto, a participação das mães é primordial. As mães entrevistadas retratam um olhar sobre o desenvolvimento pautado nas condições de saúde, nos receios das seqüelas do nascimento prematuro e, acima de tudo, na observação do que seus bebês já conseguem fazer em seus cotidianos.

5.5.1 Conceituando desenvolvimento

[...] desenvolvimento é a saúde dela, né [...] (Marta).

Embora a literatura traga de forma bem especificada os conceitos de crescimento e desenvolvimento, alguns profissionais na prática clínica, demonstram certa dificuldade em diferenciar os referidos conceitos. Para as mães entrevistadas essa realidade não é diferente.

Crescimento e desenvolvimento aparecem freqüentemente em suas falas como palavras sinônimas.

Eu acho que é ela crescer, se desenvolver. É a criança ter saúde, estar bem. (Marília).

É se desenvolver, desenvolver o conhecimento, crescer saudável, é ela ter saúde. (Márcia).

Pra mim desenvolvimento é a saúde dela né, ela estar bem, está crescendo, ganhando peso, é a saúde dela. (Marta).

Desde o nascimento as mães escutam muito os dois termos, sua preocupação com a perda e ganho de peso é constante, representando para estas um sinal de bem ou mal estar do bebê. As mães não estavam preocupadas em diferenciar estes dois termos, uma vez que para elas tinham o mesmo sentido já que envolvem sua avaliação de como o bebê mostra suas competências a partir da história que esta sendo vivida.

De acordo com Bee (1996), o crescimento é o resultado da maturidade anatômica e o desenvolvimento é compreendido como amadurecimento das habilidades cognitivas, motoras, perceptivas e sociais.

Levin (1997) acrescenta que o crescimento pode ser definido como as mudanças relacionadas ao tamanho, volume e peso corporal. Já o termo desenvolvimento implica o desdobramento das diferentes funções motoras e fisiológicas. Para o referido autor, para que haja desenvolvimento é necessário que nasça um sujeito, e com este toda uma lógica subjetiva, que nunca será igual à de outro.

Para Melissa, Meire e Mariana, os conceitos de desenvolvimento e crescimento estão diretamente relacionados ao conceito de saúde e à capacidade do bebê em movimentar-se:

Pra mim é ela ser sadia, que se mexe, que vire pro lado do outro, que olhe bem, que chore também. (Melissa).

Desenvolvimento é como se fosse a estrutura dela, mas também é desenvolver de acordo com as outras crianças, como ela se exercita, como mexe as perninhas, os braçinhos. (Meire).

É ela está bem, tá, fazendo tudo. (Mariana).

A partir do questionamento acerca do conceito de desenvolvimento, outras definições vão sendo incorporadas para compor de forma mais ampliada a percepção das mães e aos poucos a preocupação com a prematuridade vai surgindo, como apresentado nas falas no próximo tópico.

5.5.2 Relacionando prematuridade e desenvolvimento

[...] Por ser prematuro, não ia se desenvolver bem [...]. (Marcela).

As mães entrevistadas apresentaram-se receosas a respeito do nascimento prematuro de seus filhos, ressaltando a preocupação com possíveis dificuldades que posteriormente pudessem surgir. Essa preocupação tem origem nas experiências vivenciadas no hospital e no imaginário popular sobre crianças prematuras.

Nas famílias, em termos gerais, os pais têm sido os primeiros cuidadores dos filhos, no entanto nem sempre estes se encontram preparados para ser pai e/ou mãe. Silva (2002) ressalta que ninguém está preparado para se tornar pai de uma criança com problemas de desenvolvimento. Dessa forma, pensar na possibilidade do filho apresentar alguma deficiência ou problema no desenvolvimento poderá aumentar os níveis de estresse parentais e familiares.

Antes eu não entendia direito o que ela tinha, na UTI quase todo dia chegava um médico novo e dizia que ela não estava bem, que ela podia ficar com algum problema. Eu começava a chorar, pensava que ela ia ficar com algum problema, né. (Maria).

Eu tinha medo deles ficarem com alguma deficiência. (Márcia).

Maria e Márcia expressam sua preocupação com as possíveis seqüelas que seus filhos venham a apresentar por conta da prematuridade. Corroboram assim com o que Pedromônico (1998) ressalta, acerca da prematuridade - associada às condições clínicas perinatais dela decorrentes, é considerada indicador de risco para alterações no desenvolvimento.

Rugolo (2005) acrescenta que não é fácil fazer o prognóstico do desenvolvimento de uma criança prematura, pois este dependerá de uma complexa interação de fatores biológicos e ambientais atuantes no cérebro imaturo e vulnerável destas crianças.

Quando não relacionada diretamente a deficiência, as mães demonstram preocupação em relação a possíveis conseqüências no desenvolvimento dos filhos. Como expressam Melissa, Marcela e Marlúcia.

Eu fiquei muito, muito preocupada, eu tinha medo dela não se desenvolver, eu tinha medo do cérebro dela não ter um desenvolvimento certo, a minha família ficou bastante preocupada. (Melissa).

Fiquei preocupada, no começo fiquei mais, eu queria saber se ele estava se desenvolvendo bem, se ia ser normal, porque eu sempre ouvia falar que criança de oito meses não se criava né, eu ficava muito preocupada. (Marcela).

Fiquei preocupada, porque eu pensava porque ele era prematuro, e por ser prematuro não ia se desenvolver bem. Ele era pra ser de nove meses né. (Marlúcia).

As mães acima citadas ressaltam mais uma vez os sentimentos de medo e preocupação. O medo agora está relacionado ao conceito de “normalidade” que surge pelo acompanhamento que elas fizeram e ainda fazem de seus bebês tanto na internação como no ambulatório de seguimento. Esta preocupação deve ser acolhida e valorizada, pois à medida que a mãe passa a conhecer e entender melhor as condições clínicas e as prováveis dificuldades dos filhos, bem como conhecer suas competências e habilidades, poderá lidar mais facilmente com a realidade dos filhos.

Em algumas situações é difícil para a mãe pensar na possibilidade do filho vir a ter alguma deficiência ou problema no desenvolvimento. O sentimento de negação materno pode ocorrer:

Não me preocupo não, de jeito nenhum. Agora na cabeça do meu esposo e da minha mãe, da família todinha foi um abalo muito forte. Porque eu já tinha me preparado psicologicamente, eu já tinha um preparo mental assim pra muitas coisas né, que eu possa a vir passar na minha vida. (Meire).

Meire inicialmente quer demonstrar não estar preocupada com o desenvolvimento do seu bebê, preocupação esta transferida para a família e posteriormente assumida de maneira sutil quando ela demonstra nas entrelinhas que já estava preparada para lidar com possíveis problemas que o filho viesse a apresentar. Meire confirma sua real preocupação na fala a seguir:

Ele já acompanha direitinho. Eu tenho uma apostila, eu vejo na faixa etária das crianças e vejo o desenvolvimento dele, eu o acompanho. Tudo o que é na faixa etária dele eu faço com que ele acompanhe direitinho. (Meire).

Apesar de negar anteriormente a preocupação com o desenvolvimento do filho, Meire recorre aos meios aos quais tem acesso e conhecimento para se certificar de como está o desenvolvimento do filho. Neste caso específico, foi observado que o seu nível de escolaridade, acima da média das entrevistadas, apesar da negação, fez diferença na vigilância do desenvolvimento do bebê.

Coelho et al. (1998) concluíram, em pesquisa realizada sobre o que os pais de recém-nascidos de alto risco conhecem sobre desenvolvimento, que pais com maior nível sócio-econômico e de escolaridade têm mais acesso à literatura que trata de desenvolvimento infantil, bem como uma maior compreensão dos conceitos, o que facilita o acompanhamento do desenvolvimento dos filhos.

Araújo (2002) ressalta a necessidade atual de encontrar uma resposta acertada sobre seus filhos é algo tão primordial que os pais lotam auditórios e consomem vorazmente livros de auto-ajuda, principalmente as mães, que desde cedo se aliam aos especialistas, em busca de um (suposto) saber científico sobre a criança.

Marta, Marcela e Maria sentem necessidade de ressaltar que, apesar de prematuros, os seus bebês estão se desenvolvendo, como se tivessem que provar as capacidades de seus bebês:

Prá ter oito meses e ser prematuro ele já está bem desenvolvido prá fazer isso. (Marta).

Prá quem nasceu de oito meses, né, tá espertinho. (Marcela).

Pelo fato dela ter nascido prematuro eu às vezes fico olhando assim, o desenvolvimento dela, né. Eu penso que parece que ela não era prematura não. (Maria).

Fica nítida a constante preocupação das mães com o desenvolvimento de seus filhos. Este tema com certeza emerge como um conceito que, apesar dos trabalhos já desenvolvidos, necessita ainda de uma atenção especial. O desafio é estimular as mães a conhecer melhor as questões relacionadas ao desenvolvimento, demonstrar a importância no investimento da estimulação dos bebês e, principalmente, o papel da família no desenvolvimento de seus filhos.

Para Trachtenbarg (2004) os pais devem ser alertados para a importância do acompanhamento e da vigilância, sobre o desenvolvimento da criança prematura, nos primeiros anos de vida. Tal medida possibilitará intervenção precoce, prevenindo assim futuros problemas.

Para Coutinho (2004), intervir precocemente, de preferência logo após o nascimento da criança, parece ser uma medida eficaz de prevenção ou minimização de problemas futuros. O autor ressalta que, quanto mais cedo for iniciado o apoio e mais abrangente e integrado for o modelo de atendimento maiores serão os benefícios para a criança e a família.

Glascie (2000) e Finnie (2000) corroboram afirmando que os profissionais contribuem com seu conhecimento de desenvolvimento e sua compreensão dos problemas, enquanto os pais podem contribuir com o seu conhecimento empírico da criança, baseado nas experiências e necessidades do cotidiano. Desta forma, referidos autores consideram importante a participação dos pais nos programas de acompanhamento do desenvolvimento, pois estes apresentam uma alta sensibilidade e especificidade na detecção de problemas no desenvolvimento do seu filho.

As mães entrevistadas confirmam a afirmativa dos autores ao mostrarem que estão atentas, buscando identificar, através da observação diária, o que seus bebês já conseguem fazer, referindo-se em suas falas a importantes marcos do desenvolvimento dos seus filhos.

5.5.3 Percebendo as novas habilidades do bebê

Ele já consegue fazer [...]. (Marília).

É válido ressaltar que o desenvolvimento do bebê prematuro segue um ritmo próprio referente as possibilidades da idade maturativa e não cronológica. Assim sendo, no Brasil, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que seja levado em consideração o uso da idade corrigida no acompanhamento do seu desenvolvimento. A idade cronológica deve ser corrigida, para que não sejam exigidas do bebê habilidades antecipadas ou para que não surjam fantasias de atraso no desempenho da criança.

O conseguir fazer de seus bebês assume um lugar privilegiado no diálogo, fato que algumas mães fizeram questão não só de falar, mas também de demonstrar, revelando assim sua sensibilidade e capacidade de observação. Como relata Marlúcia:

Já faz movimentos, levanta a cabeça, faz por ele mesmo, a gente bota numa posição quando a gente olha já tá em outra. Ele rola, vai escorregando, vai descendo no berço. (Marlúcia).

A observação no processo de desenvolvimento infantil é importante em qualquer período, em especial no primeiro ano de vida, período em que a criança passa por inúmeras aquisições em diferentes áreas, tais como, área motora, de linguagem, cognitiva, perceptiva e social. De forma geral, estas aquisições são acompanhadas de perto pelos pais, que comemoram cada conquista alcançada por seus filhos.

Segundo Newcombe (1999), quando nascem os bebês são bastante indefesos. Em consequência disto, os adultos que assumem o papel de cuidadores precisam se adaptar às suas habilidades e ficar vigilantes enquanto estas se desenvolvem.

Para Rugolo (2005) o acompanhamento do desenvolvimento do recém-nascido prematuro deve ser um processo contínuo, que envolve uma avaliação e exames sistematizados, bem como a valorização da opinião dos pais. Ressalta que no primeiro ano de vida do bebê prematuro uma atenção especial deve lhe ser dispensada, com vista à detecção precoce de possíveis alterações.

As habilidades apresentadas pelos bebês surpreendem e encantam as mães, que no dia-a-dia buscam acompanhar atentamente e comemoram as novas habilidades conquistadas:

Ah, ela tá danada demais, ela já vira até de um lado pro outro, se mexe bem, e mexe em tudo. (Marília).

Ele está muito animado, ele se mexe, chora, antes se mexia, mas não era tanto, vira pro lado pro outro. (Melissa).

Ele já consegue virar sozinho, segura a cabeça, gosta de uma pessoa segurando ele. (Marcela)

Com dois meses ela ficou olhando, quando uma pessoa passa ela vira a cabeça, pra olhar. Já tá pegando (Maria).

No primeiro momento observa-se que as habilidades motoras foram as que mais chamaram a atenção das mães, provavelmente porque são os primeiros sinais no bebê que informam sobre suas competências. São evidentes e fáceis de observar e possuem uma expectativa muito grande da família maior e do entorno do bebê. Elas relacionam ainda a movimentação como sinônima de bom desenvolvimento dos filhos já que também se encontram no ambulatório de seguimento para receberem atendimento e orientação sobre a mesma. A valorização também é da equipe que as acompanha.

Para Newcombe (1999), as habilidades motoras das crianças na primeira infância (ou a falta delas) têm conseqüências importantes para os pais. Estes ficam atentamente observando, ao longo dos anos, os desempenhos da criança.

Levin (1997) acrescenta que se espera da criança que se mova bem, possa tomar com precisão os objetos (motricidade fina), que consiga andar, saltar, desenhar, correr e mostrar diferentes e variadas destrezas e maestrias corporais.

Márcia e Marta demonstram, através de suas falas, que suas observações ultrapassaram o olhar sobre o simples movimento, o seu foco de atenção voltando-se agora para a seqüência ordenada apresentada por seus bebês:

Ah! Eles já levantam, já engatinham, já querem até andar. (Márcia).

Ele ainda não tinha sentado assim, levantado e sentado. Ele ontem deitou, rolou, sentou. (Marta).

Ele tentou levantar, ele apoiou pra tentar levantar. (Marta).

Existe uma preocupação explícita nos detalhes das aquisições motoras. Marta justifica sua empolgação quando fala das conquistas da filha, ressaltando que antes seu bebê já sentava, desde que fosse colocado sentado e agora não, ele demonstrara uma nova habilidade, a de sozinho, sem auxílio de adultos, conseguir passar da postura deitada para sentar, numa seqüência ordenada. A observação de Marta é realmente importante, qualquer movimento realizado não está resumido a um simples ato motor, este requer uma série complexa de ações que envolvem o cérebro, os músculos, tendões e, o mais importante, o significado do movimento para quem o faz, ou seja, a funcionalidade.

O movimento fascina a mãe desde a gestação, onde além do crescimento é através dos movimentos realizados pelo bebê e sentidos pela mãe que uma nova estrutura de relações se estabelece. Não só com a mãe, mas com o pai e parentes, quando a mãe orgulhosa tenta mostrar que o bebê já está se movimentando ainda no ventre materno. Para Levin (1997), quando o pai e a mãe falam à criança *in utero*, muitas vezes esta responde através dos seus movimentos (em geral os pontapés), percebidos pela mãe, que dão um novo sentido e valor

discursivo. Para o autor se estabelece no imaginário parental um primeiro diálogo, que se dá através do movimento.

Mariana aponta ainda que continuar fazendo mãe-canguru em casa foi importante para que ela percebesse o desenvolvimento da filha.

Ela aceita fazer mãe-canguru em casa, daí eu sinto os movimentos que ela já faz né, os movimentos do corpo dela, ela está bem sapequinha. (Mariana).

O método “canguru” está dividido em etapas, das quais a terceira etapa preconiza a continuidade à assistência ao recém-nascido prematuro após a alta. Nesta, qual não só a mãe como o pai e outros familiares são estimulados a colocar a criança na posição canguru, e neste caso o método teria o objetivo entre outros, de dar continuidade ao trabalho iniciado na maternidade e melhorar a confiança dos pais no manuseio do seu filho. (BRASIL, 2001)

Entre as entrevistadas, a fala de Maria chama a atenção para uma questão importante, as condições do lugar onde mora. Por falta de estrutura física, às vezes ela limita as experiências da filha, como relata a seguir:

Aí a gente bota ela assim no chão prá ela andar dando a mão. Ela já anda assim, só não deixo assim mais no chão, porque o chão tá assim (aponta para o piso), é risco né, eu fico com medo dela virar e bater a cabeça. (Maria).

A gente não deixa ela sentar assim no chão, e na cama ela já caiu três vezes, porque ela vai rolando, né. (Maria).

Às vezes eu levo ela pra minha casa (a casa da avó) porque lá tem piso lisinho. (Maria).

Conhecer a realidade vivenciada pelas mães é fundamental para a equipe, pois as orientações dirigidas às mães devem atender às suas realidades, muitas vezes distantes daquela experimentada no ambulatório. Maria relata que seu bebê fica a maioria do tempo no colo, desta forma ela acredita estar protegendo a criança do ambiente que julga perigoso. Às vezes as mães não realizam em casa as orientações recebidas no ambulatório, por falta de condições financeiras e estruturais. A criança cresce e se desenvolve vai necessitando de novas experiências mas em virtude de seu ambiente físico acaba sendo prejudicada em sua estimulação.

Sabe-se da influência do ambiente no desenvolvimento da criança, desta forma faz-se necessário dar-lhe uma atenção especial, buscando junto com a mãe e a família as melhores alternativas para contribuir para o desenvolvimento da criança. Os estudiosos que defendem a influência do ambiente no desenvolvimento infantil argumentam que os ambientes físico e social são as influências-chave que dão forma ao desenvolvimento. Eles acreditam que a interação da criança com as pessoas e os objetos que a cercam são responsáveis por grande parte das aquisições que a criança faz (NEWCOMBE, 1999).

Dentro do ambiente as relações estabelecidas surgem nas falas das mães como termômetro para o bom desenvolvimento. As mães estão atentas, observando como seus bebês estão reagindo aos diferentes contatos sociais, incluindo não só a relação mãe e filho, mais também com o pai, outros parentes e vizinhos.

São muitos os estudiosos que apontam a importância do contexto familiar para o bom desenvolvimento infantil. Segundo Guralnick (1997), os resultados alcançados pela criança em termos de desenvolvimento têm relação direta com os padrões de interações familiares, dos quais a qualidade das relações pais-criança, as experiências e vivências que a família proporciona à criança, bem como aspectos relacionados com os cuidados básicos de segurança e saúde surgem como determinantes importantes.

5.6 Os diferentes papéis no desenvolvimento do bebê

As relações estabelecidas entre os bebês e atores sociais que fazem parte do contexto são consideradas nas falas das mães como termômetro para o bom desenvolvimento. As mães estão atentas, observando como seus bebês estão reagindo aos diferentes contatos sociais.

5.6.1 As funções da mãe

De forma geral, a sociedade gerou uma imagem da figura materna, representada pela responsabilidade, pelos cuidados, pelo amor incondicional e, principalmente, por as mães incansáveis na busca do bem-estar de seus filhos.

As mães entrevistadas assumem esta mesma imagem, vêem-se como a pessoa mais importante, cuidadoras primárias, responsáveis pela vigilância e estimulação dos bebês, assumindo toda a responsabilidade por tudo o que venha acontecer com eles. Os demais membros da família aparecem para as mães como atores coadjuvantes nesse processo.

A mãe é a pessoa mais importante [...]. (Meire).

As mães elegem para si diferentes papéis, que vão ao encontro das necessidades do bebê, acreditando que exercem uma função primordial e essencial no desenvolvimento dos filhos. Afinal, se não for a mãe, quem mais assumirá tamanha responsabilidade, e logo com eles, tão pequeninos e frágeis:

Só a mãe conhece o seu bebê, sabe o que ele tem e o que ele não tem, eu sei de tudo [...]. (Marlúcia).

Minha função é cuidar dela, saber tudo, tudo. (Melissa).

A mãe é quem tem mais cuidado, cuida direitinho. (Marcela).

Para Marlúcia, Melissa e Marcela, a mãe deve estar na linha de frente, acompanhando, observando de forma incansável as necessidades do bebê, porque são elas que ficam vinte e quatro horas com eles, destacando-se que o fato de terem bebês prematuros aumenta as suas responsabilidades.

A relação estabelecida entre a mãe e o bebê recebe uma atenção especial. Freud argumenta em seus estudos que a criança apresenta necessidades fisiológicas que devem ser satisfeitas, por uma figura humana, especificamente a mãe, por ela representar para o bebê uma fonte de satisfação. No entanto, chama a atenção de que existem três condições importantes que foram descritas e muito bem apresentadas por Winnicott: a primeira é o *holding*, ou seja, a capacidade de cuidar do bebê, sustentá-lo física e psiquicamente. Os segundo, *handling*, a capacidade de acolher as emoções do bebê, estabelecendo um contato corporal, manejando-o e estimulando-o. E terceiro o *object presenting*, a capacidade de apresentar o mundo ao bebê, como sendo um ambiente acolhedor e protetor.

De acordo com Silva (2002), os cuidados diários da mãe para com seu bebê, suas interações cotidianas, permitem o fortalecimento do vínculo e da autoconfiança materna, abalada com o nascimento prematuro, bem como capacita a mãe a conhecer e perceber as necessidades do seu bebê.

Modéstia à parte, eu acho que sou porque eu que dou o carinho que ele precisa. (Marcela).

Para Levin (1997), entre a mãe e o filho não se repete só à ação de ver, mas o ato de olhar; não se repete só o dar o leite, mas o ato de amamentar; não se repete só a emissão do som, mas o ato da palavra; não se repete só a ação de mover a criança, mas o gesto significativo. Levin chama a atenção para a importância do papel materno não só no campo das ações mas principalmente no significado que estas ações terão para ambos, mãe e bebê.

A palavra cuidado aparece freqüentemente nas falas quando as mães querem explicar a relação que estabelecem com seus bebês e a importância desse cuidado para o desenvolvimento destes.

Função da mãe é cuidar e dar carinho. (Meire).

Segundo Winnicott (1994), as mães têm uma capacidade surpreendente de identificar-se com seu bebê, o que lhes proporciona perceber e atender às suas necessidades básicas.

Após o nascimento, o estabelecimento do apego da criança para com a mãe e do vínculo da mãe para com a criança são desafios constantes a serem vencidos pela díade mãe-bebê, reconhecendo-se que o tipo de relação estabelecida promoverá comportamentos que

favorecem ou não a exploração do meio ambiente, tendo, portanto, consequência direta no desenvolvimento da criança (PIAGET, 1993; RABINOVIC et al., 2000).

É importante reconhecer a questão da dependência nos bebês humanos e o quanto esta dependência tem estreita relação com o desenvolvimento infantil. O cuidado também se apresenta nas falas de Marta e Marcela, como sinônimo de carinho e amor, ficando subtendido por elas que a capacidade de cuidar do bebê está diretamente relacionada à capacidade de amar:

O cuidado é praticamente o amor, é passar segurança pra criança. (Marta).

Dar carinho, amor, atenção, cuidado, prestar atenção no que ele está sentindo. (Marcela).

Segundo Busnel (2003), o amor, a compreensão e a sensibilidade demonstrados ao bebê é o que há de mais importante, mais do que qualquer outra ação a eles dispensada. Para a autora o bebê precisa ser cercado de ternura e atenção.

Marília, Melissa e Marcela valorizam a função da mãe nos cuidados diários de alimentação, vestuário e higiene do bebê, entendidas neste estudo como as Atividades da Vida Diária (AVD's).

Ter cuidado com o bebê, é dar comida, cuidar direitinho, levar pro médico, quando fica doente. (Marília).

É tudo, é alimentar, banhar, essas coisas. Dar carinho, amor, é muito importante. (Melissa).

Cuidar é alimentar bem, dar banho, tudo direitinho, ficar observando a criança e olhar os gestos. (Marcela).

Para Teixeira et al. (2003), as AVD's são aquelas relacionadas aos cuidados pessoais (higiene, alimentação, vestuário) e à mobilidade (deambulação nos adultos e, no caso das crianças, o manuseio). Nas AVD's o bebê apresenta-se dependente da mãe, posteriormente este caminhará para níveis de independência tanto do ponto de vista das atividades de autocuidados, quanto nas atividades sociais. É importante ressaltar que o nível de interação influenciará no nível posterior de independência funcional do indivíduo. As AVD's são atividades tão rotineiras que às vezes não se observa a riqueza escondida neste espaço de construção para a mãe e de estimulação e desenvolvimento para o bebê.

As mães reconhecem-se como vigilantes ativas no desenvolvimento dos filhos e buscam constantemente na interação identificar sinais de alerta.

A função de vigilante no desenvolvimento: 'Eu fico atenta a cada detalhe' (Marta).

A mãe fica bem atenta aos acontecimentos diários do bebê, mesmo dormindo um simples choro pode despertar a corrida para verificar o que está acontecendo. Geralmente

estão ligadas a todas as situações que possam sugerir perigo aos bebês, colocando-as como eternas vigilantes dos filhos.

[...] eu tô olhando, a cada coisinha que ela faz, pra mim já é uma coisinha sabe, pra eu ficar percebendo. (Marta).

Glascoe (2000) corrobora ressaltando que os programas de acompanhamento do desenvolvimento devem atender às necessidades cotidianas dos pais, uma vez que estes apresentam uma alta sensibilidade e especificidade preditiva na detecção de problemas no desenvolvimento de seu filho.

Marlúcia e Mariana afirmam que a responsabilidade maior é da mãe, porque ela fica o dia todo com a criança. Tais observações devem a cada dia ser mais valorizadas, muitas situações são difíceis de ser observadas no momento da avaliação no ambulatório. O estreitamento dos laços entre profissionais e mães é essencial para o acompanhamento adequado do desenvolvimento do bebê.

A função da mãe é conhecer o seu bebê, saber o que ele tem e o que ele não tem, eu sei tudo o que ele faz, observo todos os movimentos. (Marlúcia).

É acompanhar direitinho tudo o que ela está fazendo né, ficar atenta, se não for a mãe quem vai fazer? A mãe é a pessoa mais importante, é ela quem cuida, tenho que ficar de olho, ela é prematurinha. (Mariana).

Figueiras (2002) destaca que, na vigilância o desenvolvimento infantil a participação de todos que convivem com a criança é fundamental, em especial a opinião dos pais e a qualidade das interações estabelecidas no ambiente domiciliar e extradomiciliar, devendo ser adequadamente explorados pelos profissionais, respeitando os contextos sócio-culturais.

As mães acrescentam que o brincar é um momento importante para a vigilância, bem como percebem-se como estimuladoras dos filhos.

A função de estimular o bebê através do brincar: ‘pra vê se ele brinca [...]’ (Marta).

À medida que se aprofunda o olhar sobre as falas maternas, novas funções são atribuídas à mãe. Neste contexto surge o brincar dos filhos com a mãe ou sozinhos, constituindo-se em momento fundamental para o desenvolvimento dos filhos.

O brincar é considerado por muitos estudiosos como uma linguagem própria da criança, através dele a criança ativa os mecanismos de expressão, elaboração e mediação, mecanismos esses que têm relação direta com a cultura, a história de vida pessoal, familiar e grupal onde cada criança está inserida.

Segundo Piaget (1999), o brincar tem um fim em si mesmo, o brincar é espontâneo, fornece prazer, favorece a organização e é supermotivador. Na criança o brincar

se inicia no período sensório-motor, compreendido por Piaget de zero a três anos e vai ajustando-se ao longo do desenvolvimento nas diferentes etapas.

Meire reconhece o momento das brincadeiras como único e que deve ser aproveitado pelas mães, para ela cada momento desses é valioso para estimular o bebê e não pode ser desperdiçado.

Eu coloquei na minha cabeça que este é um momento único que não vai mais voltar, então cada período que a gente tem com ele, é como se fosse único, é único. (Meire).

Vygotsky (1996) confirma que o brincar serve para consolidar o conhecimento da criança, através das repetições de suas realizações, extraindo do prazer inicial para posteriormente dominar as situações.

Os autores concordam que as experiências lúdicas das crianças proporcionam um avanço no espaço das realizações, onde as crianças passam de maneira evolutiva de momentos dependentes para a realização autônoma.

Marta relata momentos construtivos com seu bebê. Para o bebê, o brincar funciona como estimulação essencial, favorecendo uma série de estímulos de acordo com o brinquedo e/ou brincadeira a ele oferecido. Para a mãe é um momento de descontração, sem perder de vista o seu olhar vigilante ao desenvolvimento do bebê:

Eu acho que a gente tem que cantar, brincar, falar palavras pra elas, ela já vai observando e acompanhando. (Marta).

Melissa, Márcia, Marcela revelam que as brincadeiras favorecem uma oportunidade para estimular os movimentos dos bebês.

Mostrar um brinquedo levando pro lado e pro outro prá vê se ele acompanha com o olhinho, eu acho que é ficar estimulando. Às vezes a gente fica virando ela, essas coisas. (Melissa).

Brincar é importante prá ajudar eles desenvolver melhor, conversar com eles, ajudando eles a colocar prá sentar. (Márcia).

Boto no berço, dou coisas pra ela agarrar, converso com ela, falo palavras carinhosas, mostrando brinquedinho pra ela, eu faço ela olhar estimulando os movimentos do corpo dela e fico olhando pra vê se ele acompanha. (Marcela).

Observa-se nas falas que através do brincar as mães realizam estimulações sensório-motoras, estimulam a visão e etapas motoras tais como o rolar, o sentar, a preensão. Observa-se ainda que a preocupação vai além da oferta de brinquedos, mas principalmente na forma como as crianças reagem aos estímulos.

De acordo com Teixeira et al. (2003), é através do brincar e das brincadeiras com o próprio corpo, com o corpo do outro e com os objetos que a criança desenvolve todo o seu repertório motor, sensorial, cognitivo, social e emocional.

Para Piaget (1999) e Moyles (2002), nos primeiros anos de vida ocorre uma evolução significativa no desenvolvimento dos aspectos físicos, cognitivos e principalmente sociais, recebendo principalmente grande influência da mãe e do ambiente. No ambiente a criança explora uma série de experiências lúdicas, que servirão posteriormente para diferentes propósitos.

Trazar o brincar para favorecer o desenvolvimento da criança tem sido uma prática cada vez mais adotada por diversos profissionais. O brincar no desenvolvimento de qualquer criança, em especial do bebê prematuro, deve ser incentivado e orientado, possibilitando assim que as mães possam fazer uso desse recurso para a estimulação dos seus bebês. Através dele vários conceitos podem ser trabalhados, entre eles as etapas motoras e a linguagem, entre outras.

[...] mais de ajudar no desenvolvimento dele, de ajudar nos exercícios tipo assim como a G. faz e ensina, as estimulações, na hora do banho, na hora de mamar. (Meire).

Meire ressalta a importância das orientações recebidas da terapeuta ocupacional, ela diz que tem aprendido muito, e tem conseguido levar para casa as orientações recebidas. Chama-se atenção para a importância da valorização no momento das orientações da realidade socioeconômica e cultural da mãe e, de forma mais ampla, da comunidade onde a família esta inserida. Tal medida permitirá à mãe uma melhor compreensão das orientações e a possibilidade dessas orientações fazerem parte da rotina. A valorização de suas próprias experiências deve também ter um lugar privilegiado no diálogo profissional-mãe.

Winnicott (1994) coloca a questão de que a mãe não pode apreender a fazer as coisas somente a partir dos livros e das orientações profissionais. Ela pode ter apreendido principalmente a partir de suas experiências quando criança, na observação dos cuidados de outros pais para com seus filhos, ajudando a tomar conta de seus irmãos ou até mesmo nas brincadeiras de ser pai ou mãe.

Pereira e Emmel (1999) ressaltam ainda que no período de zero a dois anos, em algumas situações, a presença do adulto é fundamental para que a atividade do brincar aconteça. O papel do adulto, que já é reconhecidamente importante para a saúde, higiene, alimentação e desenvolvimento emocional da criança, pode ser relevante também como modelo e provedor de riquíssimas brincadeiras para a criança.

O brincar é importante recurso, seja para a observação materna ou dos profissionais que as acompanham. A forma como a criança brinca revela muitas vezes a

vivência cotidiana, seja nos tipos de brinquedos utilizados, que revela parte de sua cultura e realidade socioeconômica, seja na forma como ela se relaciona com os adultos que a cercam.

Diferentemente das outras mães, Marília retrata o brincar como uma atividade exclusiva do filho, sendo sua função disponibilizar um local e brinquedos para o filho.

Eu brinco com ela. Ela fica ali brincando com os brinquedos dela, é bom porque assim ela quase não chora. Quando ela quer dormir eu sei logo [...] eu pego boto ela no peito, ela dorme. Aí é mais um dia. (Marília).

As mães apresentam diferentes realidades e estabelecem diferentes interações. Marília, na fala acima sugere que o brincar ajuda a manter a filha “ocupada” o que poderia ajudá-la na realização de outras atividades.

Neste processo de desenvolvimento encontramos nas falas de duas mães uma realidade comum e vivenciada por todas elas - as comparações com o desenvolvimento de outros bebês, sejam membros da família ou filhos de vizinhos.

Eu fico comparando ele com minha sobrinha de nove meses, ele já fala, já tá andando. Quando ela era pequeninha ficava brincando pegando as coisas. O meu bebê também já fica brincando, eu coloco um negocinho assim no berço, ele fica sorrindo e batendo. (Melissa).

Eu acho. O JG é mais depressa pra aprender as coisas, levantou primeiro. O JV tem mais medo. (Márcia).

Mesmo que inevitável, a mãe deve ser sensibilizada quanto a respeitar a individualidade de cada criança e considerar a idade gestacional do seu bebê prematuro, seu temperamento, sua forma de reagir no mundo, evitando dessa forma conclusões precipitadas a respeito do desenvolvimento do seu bebê.

Para Winnicott (1994) não existem dois bebês iguais, da mesma forma como a mãe não é a mesma com cada filho que tem, necessitando, portanto, de uma constante adaptação com vista a atender as necessidades dos filhos.

Para Márcia, Marta e Maria, os primeiros sons produzidos por seus bebês têm um significado todo especial, para elas, neste momento, o bebê já está começando a se comunicar através da “fala”.

Eles já tão querendo começar a falar assim no linguajar deles. (Márcia).

Bom, assim dela brincar, se hoje ele faz uma coisa diferente, amanhã ela faz outra, então é isso eu observo desenvolvimento no brincar, às vezes até na voz dela, nela falar né. Porque a gente acha que está falando né. (Marta).

Ela já chama ‘pa’ ‘papa’ ‘mama’ (Maria).

Desde que nascem os bebês são rodeados de sons, e desde que não apresentem nenhuma alteração escutam vozes, ruídos, melodias, bem como experimentam em alguns momentos, o silêncio. Este movimento contínuo de sons, somado às condições biológicas do

bebê, as palavras que lhe são oferecidas em seu dia-a-dia pelas diferentes pessoas que os cercam, vão possibilitando o desenvolvimento da linguagem do bebê. O recém-nascido emite ao longo de seu desenvolvimento vários ruídos, caracterizado em diferentes fases, como balbúcio, lalação e fala. É importante ressaltar que a linguagem não é estabelecida somente na emissão dos sons, o que nos chamaríamos apenas de fala. Segundo Ajuriaguerra (1997) as palavras do outro são suas desde o momento em que o outro as pronuncia. No entanto a expressão mímico-gestual do outro já é uma linguagem, e a atitude do corpo da criança já é recepção e mesmo comunicação.

5.6.2 A função do pai

[...] depois da mãe é o pai n é [...]. (Marcela).

As mães entrevistadas reconhecem a importância do apoio da rede familiar. As que contavam com a presença do pai reconheciam este como a segunda pessoa mais importante. As outras mães ressaltaram a importância de outros parentes, em especial os avós, seguidos dos irmãos e tios.

As interações familiares exercem forte influência no desenvolvimento humano em termos de desenvolvimento infantil. Guralnick (1997) ressalta que os resultados alcançados pelas crianças estão intimamente relacionados com a qualidade dos padrões de interações familiares, onde os pais proporcionam à criança cuidados básicos, segurança e saúde.

O pai do bebê prematuro vivencia, desde o nascimento dos bebês, assim como as mães, uma mudança brusca em sua rotina. A esposa necessita passar algum tempo dedicando-se de forma especial ao bebê na UTI Neonatal, deixando em segundo plano os afazeres profissionais, também com a casa e, dependendo da situação, os cuidados com os demais filhos.

O pai passa também a participar da rotina da mãe e do bebê na UTI Neonatal, através das visitas muitas vezes restritas pelas atividades profissionais que exerce.

Maria relata a importância da visita paterna na UTI Neonatal, mas vivia um conflito, ao mesmo tempo em que queria ficar com a filha queria voltar para casa com o marido:

Quando eu estava lá na UTI, ele ia me visitar e ficava falando, você vai ter que ficar aqui. (Maria).

Ao voltar para casa Maria apresenta-se mais tranqüila com relação a interação do pai com a filha:

Quando o pai dela chega do trabalho, ele fica com ela e eu fico olhando, fico feliz. (Maria).

O retorno ao lar favorece a aproximação do pai com o bebê. Para Marlúcia e Marta, o que atrapalha e ao mesmo tempo se justificado por uma necessidade econômica, no caso destas duas mães, é que a única renda familiar provém das atividades profissionais paternas. Para Papalia (2000), a falta ou escassez de recursos financeiros pode dificultar o apoio do pai à mãe nos cuidados com os filhos.

O pai dele trabalha pela manhã, à tarde fica com ele também. (Marlúcia).

Ele trabalha, mas quando chega em casa, ele fica com ela. (Marta).

A valorização da relação pai-bebê é evidenciada por Maria em sua fala, que demonstra intensa satisfação em contemplar os momentos que eles ficam juntos.

Quando o pai dela pega ela e fica brincando na cama, ela fica rindo. (Maria).

As mães confirmam que o retorno ao lar favoreceu uma aproximação maior do pai com o bebê. Mariana demonstra sentimentos de felicidade ao relatar a maneira como a filha reage aos apelos paternos:

Quando o pai dela chega perto e diz C. ela já olha, caça com o olho, já sorri, aí ele pega ela, segura ela, eu acho legal. (Mariana).

Neste último relato encontramos o que informa Bee (1996) o pai passa o tempo livre brincando com o bebê, com brincadeiras físicas, enquanto a mãe mais tempo participando da rotina do bebê. Isto acaba oferecendo ao bebê dois tipos de estimulação que se comportam como complementares. Em nosso estudo, das nove mães só uma trabalha, cinco tem como único provedor da família o pai, três dependem da colaboração econômica dos avós. Esta realidade em alguns momentos acaba impossibilitando o que encontramos na literatura. Talvez fosse interessante num próximo estudo estarmos mais atentas a estas questões.

5.6.3 Conceito de função da família

A família é importante. (Melissa).

A relação estabelecida com outros parentes também vem somar para o sentimento de completude sobre a aceitação e os cuidados do bebê. Após o nascimento, a maneira como a família recebe a criança em casa tem reflexos diretos nos sentimentos maternos. Estas

esperam e consideram o apoio da família essencial para viver este novo momento da vida. Como confirmam Meire e Márcia:

A família é grande, todo mundo está torcendo para ele, dando a maior força. (Meire).

Todos são importantes meus pais, minha irmã, minhas amigas e os padrinhos. (Márcia).

Para Papalia (2000), o laço mãe-bebê não é o único laço significativo formado pelos bebês. Outras pessoas, como irmãos, tios e avós, entre outros cuidadores, também fazem parte da relação conforme brincam, dando-lhes um senso de segurança, mesmo que os pais sejam as figuras centrais.

Melissa e Maria confirmam que a família foi responsável por uma melhor aceitação de suas filhas. O acolhimento e apoio relativos aos primeiros cuidados foram essenciais para aproximação com seu bebê:

[...] os avós, os tios. Tu sabia que no começo eu não gostava muito de criança, prá ser sincera. (Melissa).

Às vezes eu mando lá pra casa da minha mãe, ou fica com a tia dela aqui. (Maria).

Segundo Coutinho (2004), a condição de vulnerabilidade da criança poderá potencializar um aumento nos níveis de estresse parental e familiar, implicando a necessidade de adaptação e um nível de organização do sistema familiar para essa nova etapa da vida.

Meire acrescenta que a família pode auxiliar na estimulação da criança, e que em sua experiência este contato tem sido muito importante para o desenvolvimento do seu bebê.

Todo mundo fica conversando com ele, como se ele fosse uma criança grandona, como se ele estivesse entendendo tudo sabe, fica estimulando. (Meire).

Para Carvalho et al. (2001), a literatura tem apontado que o nascimento pré-termo pode ter um diferencial no desenvolvimento da criança, estando intimamente relacionado a fatores sócio-ambientais. Um ambiente familiar adequado pode reduzir ou compensar os efeitos adversos do risco perinatal e, em contrapartida, um ambiente familiar desfavorável pode intensificar este risco.

Segundo Braga e Morsch (2003, p. 82),

As sensações vivenciadas no momento da internação, quando têm a oportunidade de serem divididas com outras pessoas significativas para a mãe, farão com que o bebê se sinta melhor recebido no mundo, à medida que este contará com mais interlocutores para expandir a sua capacidade de comunicação.

Interagir, brincar e ensinar são ações importantes para o desenvolvimento de novas habilidades na criança. Neste contexto o nível de motivação da família para estimular a criança é fundamental (COUTINHO, 2004).

O apoio familiar no nascimento de criança prematura é fundamental, conhecer a estrutura familiar permite aos profissionais uma intervenção mais adequada, valorizando as pessoas que estão dando suporte à mãe. Para Silva (2002), a família tem um papel fundamental, podendo potencializar o desenvolvimento do bebê ou exercer um efeito devastador. Ressalta que as intervenções centradas nas famílias podem melhorar o prognóstico das crianças e, quando necessário, devem ser incluídos na intervenção outros parentes além dos pais.

Mariana reagiu diferentemente das outras mães, demonstrando um sentimento de ciúmes e proteção para com a filha. Diz evitar contato com a família, ficando este restrito às visitas de alguns familiares em sua casa.

Ah, não, a C. vive aqui em casa, quem quiser tem que vir aqui em casa vê ela, porque quem vê ela não quer mais largar né. (Mariana).

Algumas mães desenvolvem um sentimento de super proteção para com seu bebê, por acreditar que ele não esteja ainda em condições de ficar exposto a outros contatos.

6 CONCLUSÃO

A realização deste estudo, buscando conhecer as histórias vividas por um grupo de mães de bebês prematuros, de compreender as experiências maternas de mães sobre o desenvolvimento de seus bebês prematuros, proporcionou uma maior aproximação com a realidade. As mães foram o eixo central e suas falas mostram, como, muitas vezes, informações preciosas podem ficar perdidas se não se estiver atento às demandas reais dos atores sociais envolvidos no processo do nascimento e do desenvolvimento de prematuros.

Em relação ao perfil destas mulheres,

- a) as mães entrevistadas em sua maioria são casadas, pobres, com um único filho e com baixa escolaridade;

Para elas,

- b) a internação representou um período de crise permeado por momentos de medo e angústia diante das adversidades vivenciadas no nascimento do bebê prematuro,
- c) apesar disto, o hospital pode representar um espaço de aprendizado nos cuidados e na estimulação que poderão propiciar aos bebês, seus filhos;
- d) o desenvolvimento é percebido como bem-estar e a saúde dos bebês sendo que muitas vezes confunde-se com crescimento;
- e) existe a preocupação com as consequências da prematuridade, fato que as leva a acompanhar atentamente as conquistas diárias dos mesmos, bem como freqüentarem o ambulatório.

Em relação à percepção que têm de si mesmas e do papel materno,

- a) as mães identificam no seu cotidiano, importantes funções no processo de desenvolvimento dos filhos, destacando a função materna como mais importante do que os cuidados paternos e dos demais familiares, considerados complementares.

Um importante ambiente de observação foi a sala de espera da unidade, onde foi possível, conhecer as narrativas maternas de forma descontraída e maneira informal acerca do desenvolvimento de seus bebês. Além disto surgiu a compreensão de estratégias que poderão contribuir para o programa de *follow-up*:

- a) a sala de espera seja explorada para orientações;

- b) grupos de mães possam ser formados, tendo como foco as suas experiências acerca do desenvolvimento dos seus bebês;
- c) oficinas sobre a função dos brinquedos, jogos e brincadeiras, valorizando os objetos cotidianos aos quais mães e bebês têm acesso de acordo com o seu nível socioeconômico, bem como a construção de brinquedos;
- d) que as visitas domiciliares possam ganhar um espaço privilegiado, com o objetivo de sintonizar as orientações com as reais necessidades das mães.

REFERÊNCIAS

ABÉDE, L. M. R.; ÂNGELO, M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.1, p. 20-28, jan. 2005.

AJURIAGUERRA, J. de. As psicoses infantis. In: _____. **Manual de psiquiatria infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Masson, 1997. cap. 2. p. 21-53.

ALIN, M. et al. Cognitive and function and the size of the cerebellum in adolescents born very pre-term. **Journal of Neurology**, London, v. 124, n. 1, p. 60-66, 2001.

ALLEN, M. C. The high-risk infant. **Pediatric Clinic Norte American**, v. 40, p. 479-491, 1993.

ALS, H. A synactive model of neonatal behavior organization: framework for the assessment of neurobehavior development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. In: SWEENEY, J. K. **The high-risk neonate: developmental therapy perspectives: Physical and Occupational Therapy in Pediatrics**. Washington: Public Law, 1986. v. 6, cap. 4, p. 3-55.

ANDRADE, M. T. **As representações do cirurgião-dentista do serviço público municipal sobre a prevenção da cárie e seu papel neste processo**. 1997. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1997.

ARAGÃO, V. M. de F. et al. Fatores de risco para prematuridade em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 57-63, jan./fev. 2004.

ARAÚJO, M. G. M. Subnutrição intra-uterina: um processo de maturação neurológica e o desenvolvimento fetal da criança. In: _____. **Avaliação clínica neurológica dos recém-nascidos subnutridos e normais e seus desenvolvimentos**. São Paulo: Actínia, 2002. cap. 5, p. 35-45.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BOULCH, L. J. **O desenvolvimento psicomotor: do nascimento aos 6 anos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

BOWLBY, J. **Apego e perda**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. **Apego e perda**: separação, angústia e raiva. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 2 v.

_____. **Formação e rompimento de laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. Maternagem ampliada. In: MOREIRA, M. E., BRAGA, N. A., MORSCH, D. S. (Org.). **Quando a vida começa diferente**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. cap. 7, p. 81-96.

_____. Os primeiros dias na UTI. In: MOREIRA, M. E., BRAGA, N. A., MORSCH, D. S. (Org.). **Quando a vida começa diferente**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. cap. 5, p. 51-68.

BRAZELTON, T.B. **O desenvolvimento do apego**: uma família em formação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.

_____. **O grande livro da criança**. Lisboa: Presença, 1995.

_____. **As primeiras relações**. São Paulo. Martins Fontes, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: manual do curso do método canguru. Brasília, DF, 2001.

BUSNEL, M. C. A sensorialidade do feto e do recém-nascido. In: BUSNEL, M. C. O.; SOUSSUMI, Y.; CUNHA, I. **Relação mãe-feto**: visão atual das neurociências. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 13-28.

CARVALHO, A. E. V. et al. História e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso. **Revista Psicologia: Reflexão Crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 1-33, jan./abr. 2001.

CARVALHO, M. de. Prefácio. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. de A.; MORSH, D. S. (Org.). **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 9-11 (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

CASTRO, S. de M. **Alterações neurocomportamentais em prematuros**: análise dos principais fatores de risco em uma unidade neonatal. 129f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Maranhão, 2005.

COELHO, F. N. et al. O que os pais de recém-nascidos de alto risco conhecem sobre desenvolvimento infantil. **Temas sobre desenvolvimento**, v. 7, n. 38, p. 32-38, ago./set., 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196/96. Homologada em 10 de outubro de 1996, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.org.br>>. Acesso em: 21 dez. 2004.

COUTINHO, M. T. B. Apoio à família e formação parental. **Revista de Análises Psicológicas**, Lisboa, v. 22, p. 55-64, mar. 2004.

D'AGOSTINO, J. A. et al. Neurodevelopment consequences associated with the premature neonate. **Journal Nurse**, v. 9, n. 1, p. 70-84, Feb. 1998.

DALE, N. **Working with families of children with special needs: partnership and practice**. London: Routledge, 1996.

DIAS, I. M. A. V. **Apego mãe e filho: base para assistência da enfermagem neonatal**. 2000. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

DUBOWITZ, L. et al. Neonatal neurological testing in resource-poor setting. **Annals of Tropical Paediatrics: International Child Health**, London, v. 20, n. 4, p. 323-336, Dec. 2000.

FIGUEIRAS, A. C. de M. **Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil**. 2002. Dissertação (Mestrado em Pediatria) – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2002.

FINNIE, R. N. **O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral**. São Paulo: Manole, 2000.

FREUD, S. **Proyeto de psicologia**. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.

FURLAN, C. E. F. B.; SOCHI, C. G. S.; FURTADO, M. C. C. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 444-452, jul./ago. 2003.

GESELL, A. **A criança de 0 aos 5 anos**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GLASCOE, F. P. Evidence-based approach to developmental and behavioral surveillance using parent's concerns. **Child Care Health development journal Brithis**, v. 26, n. 2, p. 137-149, 2000.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOMES, G. M. P. A família e processo de ensino aprendizagem. **Revista do Curso de Pedagogia**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 7-10, jul./dez. 2002.

GURALNICK, M. Second-generation research in the field of early intervention. In: _____. (Ed.). **The effectiveness of early intervention**. Seattle: University of Washington, Paul H. Brookes, 1997. p. 5-21.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, 1, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 421-428, nov./dez. 2000.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Rio de Janeiro, v. 24, 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 maio 2006.

IMAMURA, P. E. A. Humanização do atendimento neonatal. In.: RUGOLO, L. M. S. S. **Manual de neonatologia**: Sociedade de Pediatria de São Paulo. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

KENNEL, J. H. The humane neonatal care initiative. **Acta Paediatric**, Stockhom, v. 88, n. 4, p. 36-40, Apr, 1999.

KLAUS, M. A.; KENNEL, J. H. **Pais-bebês**: a formação do apego. Porto Alegre: Artmed, 1993.

_____. **Surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LAMY, Z. C. **Unidade neonatal**: um espaço de conflitos e negociações. 2000. 161f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueiras, Rio de Janeiro, 2000.

LEVIN, Esteban. **A infância em cena**: constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor. Petrópolis: Vozes, 1997.

LEVY-SHIFF, R. et al. Biological and environments correlates of developmental outcome of premature born infants in early adolescence. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 19, n. 1, p. 63-78, 1994.

LOPES, T. C. **Programa de internação domiciliar neonatal**: espaço para a construção da autonomia no cuidado com a criança. 2005. 108f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

LORDELO, E. da R. Interação social e responsividade em ambientes domésticos e de creche: cultura e desenvolvimento. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. 2, p. 343-350, jul./dez. 2002.

MARTINEZ, F. E. Crescimento de recém-nascido pré-termo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 4, p. 253-254, jul./ago. 2004.

MASAGATANI, G. Fundamentos para exercícios de terapia ocupacional. In: HOPKINS, H. et al. **Willard stackman terapia ocupacional**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 5, p. 37-57.

MATHELIN, C. **O sorriso da Gioconda**: clinica psicanalítica com os bebês prematuros. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MEDEIROS, S. M. **Ambiente domiciliar e desenvolvimento infantil**: estudo de crianças de dois anos de idade que vivem na comunidade Vila Cidade Olímpica-São Luís. 2003. 126f. Tese (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2003.

MEYERHOF, P. G. **Qualidade de vida**: estudo de uma intervenção em unidade de terapia neonatal de recém-nascidos pré-termo. 1996. 208f. Tese (Doutorado em Ciências) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social qualitativa em saúde. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1989.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1992.

MOREIRA, M. E. L.; BOMFIM, O. L.; LLERENA JÚNIOR, Juan. Esperando um bebê de risco. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org.). **Quando a vida começa diferente**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. cap. 1, p. 15-21. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

MOYLES, J. R. **Só brincar**: o papel do brincar na educação infantil. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NEWCOMBE, N. **Desenvolvimento infantil**: abordagem de Mussen. Porto Alegre: ARTMED. 1999.

OMS. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**: CID 10, São Paulo: EDUSP [2001].

PAPALIA, D. E. **Desenvolvimento humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PEDROMÔNICO, M. R. M. **O bebê atendido na unidade de terapia intensiva**: a imagem do corpo. [s. n. t.], 1998.

PEREIRA, V. C.; EMMEL, M. L. G. Um estudo sobre o desenvolvimento de habilidades em crianças de zero a dois anos através do brinquedo. **Temas sobre desenvolvimento**, São Paulo, v. 8, n. 43, p. 9-14, jan./mar. 1999.

PIAGET, J. **A linguagem e o pensamento da criança**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

_____. **Seis estudos de psicologia**. 24. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RABINOVICH, E. P. et al. A. Modo de vida e relação mãe criança: um estudo do andar. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1-16, jul./set. 2000.

ROCHA, S. **Opções metodológicas para estimação de linhas de indigência e pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, abril, 2000.

RUGOLO, L. M. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 1-17, mar. 2005. Suplemento.

SANTOS, W. A. et al. O terapeuta ocupacional junto a neonatos de alto risco. In: LEONE, C. R.; TRONCHIN, D. M. R. **Assistência integrada ao recém-nascido de risco**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 22, p. 70-77.

SCOCHI, C. G. S. et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 539-543, jul./ago. 2003.

SHEA, M. O. Prognóstico do prematuro de extremo baixo peso. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE NEONATOLOGIA, 3., 2002. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2002.

SILVA, R. M. N Aspectos comportamentais do bebê prematuro. In: _____. **Novos olhares sobre a gestação e a criança até três anos:** saúde perinatal, educação do desenvolvimento do bebê. Brasília, DF: LGE, 2002. cap. 23, p. 54-65.

SOARES, S. M. **Práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço de saúde: caminhos e descaminhos.** 2000. 110f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2000.

TECKLIN, J. S. et al. **Fisioterapia pediátrica.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TEIXEIRA, E. et al. **Terapia ocupacional na reabilitação física.** São Paulo: Rocca, 2003.

TRACHTENBARG, M. D. et al. Cuidando da criança prematura: monitorando o crescimento e desenvolvimento. **American Family Physician**, Illinois, maio 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VICTÓRIA, C. G. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA DA SILVA, O. P. A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. **Revista de Psicologia:** teoria e prática, São Paulo, v. 4, n. 2, p.15-24, jul./ago. 2002.

_____. Organização de um programa de *follow-up*. In: _____ (Coord.). **Novo manual de Follow-UP do RN de alto-risco.** Rio de Janeiro: Sociedade de Pediatria, 2001. p. 8-16.

VIGOTSKI, L. S. **Pensamento e linguagem.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.

_____. **O ambiente e o processo de maturação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

ZORZI, J. L. **Los hijos de las máquinas:** la vida de los niños internados en terapia intensiva neonatales. Buenos Aires: NuevaVisión, 1992.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de (sujeito objeto da pesquisa), que fui devidamente esclarecido do Projeto de Pesquisa intitulado: **DESENVOLVIMENTO DE BEBÊS PREMATUROS: análise de experiências maternas..**

Desenvolvido pela pesquisadora do Curso de Pós-graduação Mestrado Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão, quanto aos seguintes aspectos:

- a) justificativa, objetivos que serão utilizados na pesquisa;
- b) desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c) forma de acompanhamento e assistência com seus devidos responsáveis;
- d) garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa;
- f) liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao atendimento do meu filho;
- g) garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando-me absoluta privacidade;
- h) que não será realizada pagamento pelas informações prestadas;
- i) formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me (nos) foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

São Luís, _____ de _____ de 200 ____

Assinatura do Declarante

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Objeto da Pesquisa (Nome): _____

RG: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

São Luís, _____ de _____ de 200 ____

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas nas alíneas acima elencadas e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa.

São Luís, _____ de _____ de 200 ____

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – CARTA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA

CARTA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA

Cara Senhora,

O objetivo deste estudo é de conhecer o que as mães de bebês que nascem antes do tempo e são acompanhadas do Ambulatório de Seguimento do Hospital Materno-Infantil sabem sobre desenvolvimento dos seus bebês, para a realização do estudo necessito que Senhora participe de uma conversa que será realizada nos dias de atendimento do seu filho no Ambulatório e/ou se a senhora achar melhor poderá ser realizada em sua casa. Caso aceite participar, informamos que o estudo não envolve pagamento e não terá qualquer benefício direto, mas permitirá uma melhor compreensão de como as mães do Ambulatório estão acompanhando o desenvolvimento de seus filhos. Qualquer conclusão só poderá ser apresentada no final do estudo. Informamos ainda que qualquer despesa da pesquisa é de responsabilidade da pesquisadora.

A senhora terá garantia de acesso e esclarecimentos de dúvidas, em qualquer momento da pesquisa. Neste caso poderá procurar a pesquisadora ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Dutra da Universidade Federal do Maranhão, situado na Rua Barão de Itaparica, nº 227, em São Luís-MA, fone/fax: (98) 32191223, e comunique-se com o Coordenador do CEP o Prof. Dr. Raimundo Antônio da Silva.

A senhora poderá a qualquer momento da pesquisa retirar o seu consentimento sem qualquer prejuízo à continuidade do acompanhamento do(a) seu(sua) filho(a) na instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras mães, não serão divulgados os nomes de nenhuma das participantes. Os resultados serão divulgados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sem nunca tornar-se possível à identificação das participantes.

São Luís, _____ de _____ de 200 _____

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C – FICHA DE COLETA DE DADOS

FICHA DE COLETA DE DADOS**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA MÃE**

Nome: _____

Idade: _____

Nível de escolaridade: _____

Ocupação: _____

Renda familiar: _____

Situação conjugal: _____

Endereço: _____

HISTÓRIA GESTACIONAL

Nº de gestações: _____

Nº de aborto: _____

Nº de filhos: _____

Gemelaridade: _____

Tipo de parto: _____

Pré-natal: Sim () Não ()

DADOS DO BEBÊ

Nome: _____

Data do nascimento: _____

Peso de nascimento _____

New Ballard: _____

Tempo de internação: _____

Peso de alta _____

Data da alta: _____

Data da 1ª avaliação no ambulatório: _____

Realiza atendimento de Terapia Ocupacional: Sim () Não ()

Resultado da avaliação do *Dubowitz*: _____

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) *Como foi o nascimento do seu bebê?*
- 2) *O que você acha que aconteceu para o seu bebê nascer prematuro?*
- 3) *Você ficou preocupada por ele ter nascido prematuro?*
- 4) *Como foi o momento do nascimento?*
- 5) *Como foi o período da internação para você?*
- 6) *Como foi o momento da alta?*
- 7) *E a volta para casa?*
- 8) *Para você o que é desenvolvimento infantil?*
- 9) *Como você acha que seu bebê está se desenvolvendo?*
- 10) *Qual o seu papel no desenvolvimento do seu bebê?*
- 11) *E o papel da família?*

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer nº. 072/2005

Pesquisador (a): Zeni Carvalho Lamy

Registro do CEP: 343/04

Processo nº. 33104-1446/2004

Instituição: Hospital Universitário Unidade Materno Infantil

Grupo: III

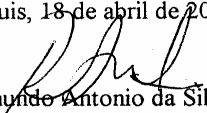
O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou o processo nº. 33104-1446/2004, referente ao projeto de pesquisa: “A percepção das mães de recém-nascidos prematuros sobre desenvolvimento infantil”, tendo como pesquisadora responsável a Profª. Zeni Carvalho Lamy.

A avaliação ocorreu na sessão do dia 18.04.05.

Assim, mediante a importância social e científica, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer **FAVORÁVEL** à realização do projeto, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, de relatórios parciais e final.

São Luis, 18 de abril de 2005.


Raimundo Antonio da Silva

Coordenador do CEP-HUUFMA

Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital Universitário da UFMA
aprovado em reunião de:

18104105.

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luis – Maranhão Tel: (98) 3219-1223
E-mail huufma@huufma.br