

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ALINE ARAÚJO DE OLIVEIRA

**CUIDADOS E SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO E DE BAIXO
PESO APÓS A ALTA**

**CUITÉ-PB
2013**

ALINE ARAÚJO DE OLIVEIRA

**CUIDADOS E SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO E DE BAIXO
PESO APÓS A ALTA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Centro de Educação e Saúde - CES, como requisito parcial de obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora:
Profª MsC. Maria Benegelania Pinto

**CUITÉ – PB
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE

Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

O48c

Oliveira, Aline Araújo de.

Cuidados e seguimento do recém-nascido prematuro e de baixo peso após a alta. / Aline Araújo de Oliveira. – Cuité: CES, 2013.

64 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Maria Benegelania Pinto.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Saúde da criança. 3. Prematuridade. I. Título.

CDU 616-083-053.2

ALINE ARAÚJO DE OLIVEIRA

**CUIDADOS E SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO E DE BAIXO
PESO APÓS A ALTA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Centro de Educação e Saúde - CES, como requisito parcial de obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

APROVADO EM: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Maria Benegelania Pinto (Orientadora) – UFCG – CES

Nathanielly Cristina C. de Brito Santos (Membro) – UFCG – CES

Luciana Dantas Farias de Andrade (Membro) - UFCG – CES

*Dedico esta, bem como todas as
minhas demais conquistas, à minha querida mãe.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que iluminou meu caminho durante esta caminhada, e me abençoa em todas as minhas ações.

À Maria José de Araújo, por sua capacidade de acreditar e investir em mim. Por todo amor e dedicação que sempre teve comigo, mulher pela qual tenho maior orgulho de chamar de mãe. Meu eterno agradecimento pelos momentos em que esteve ao meu lado, apoiando e fazendo acreditar que nada é impossível, pessoa que sigo como exemplo, mãe dedicada, amiga, batalhadora, que abriu mão de muitas coisas para me proporcionar a realização deste trabalho. Mãe, seu cuidado e dedicação foi quem deram, em alguns momentos, a força para seguir;

A meu amor e companheiro, Filipe Neves Cavalcante, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades. Sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada. Meus agradecimentos pelas horas em que ficou ao meu lado não me deixando desistir e mostrando que sou capaz de chegar onde desejo, sem dúvida foi quem me deu o maior incentivo para conseguir concluir esse trabalho.

Ao meu pai Francisco e meus irmãos (Almir e Fafá) com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida. Por todos os conselhos e pela confiança em mim depositada meu imenso agradecimento

À professora, Maria Benegelania Pinto, pela paciência na orientação e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos que me levaram a execução desta monografia, como também a professora Nathanielly Cristina C. de Brito Santos, pela colaboração e participação na construção deste estudo.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta.

Aos amigos que fiz durante o curso, pela verdadeira amizade que construímos em particular aqueles que estavam sempre ao meu lado. Por todos os momentos que passamos durante esses cinco anos meu especial agradecimento. Sem vocês essa trajetória não seria tão prazerosa.

A todos aqueles que fizeram parte da minha trajetória, especialmente, aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos a mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

“Creio poder encaminhar o leitor-visita para dentro desta casa. Que ele entre nos quartos e percorra os corredores. Que visite as varandas e veja a paisagem de alguma janela. Que fique realmente à vontade e possa sentar-se em alguma boa e confortável poltrona. Ao seu lado estarei sempre atento com um cafezinho, uma água gelada, um refrigerante, uma explicação. Mas como a casa é minha tenho meus limites e meus segredos. Há coisas que não posso ver e há momentos de desamparo e de insegurança criados pela própria arquitetura da casa. Mas pode estar certo o meu leitor-visita que fiz o que pude e tentei até mesmo lhe indicar o caminho do quintal e da cozinha (...). Fique à vontade...”

Roberto DaMatta (1997).

RESUMO

A prematuridade é apresentada atualmente como a principal preocupação de saúde neonatal, seja por sua incidência ou por ser a principal causa de morbimortalidade, acarretando diversos distúrbios funcionais nos sobreviventes. Um dos aspectos ligados diretamente com a sobrevivência destes recém-nascidos é o processo após a alta hospitalar. O trabalho teve como objetivos: geral - Compreender como acontece o seguimento e os cuidados do recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso neonatal pelos pais e/ou familiares após a alta; específicos - caracterizar o perfil dos recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso egressos do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, no último trimestre de 2012; identificar quais foram as informações e/ou orientações realizadas pela equipe de enfermagem aos pais e/ou familiares frente aos cuidados e seguimento destes recém-nascidos após a alta, e averiguar se estas têm sido desenvolvidas no domicílio. A pesquisa é do tipo, descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, desenvolvida no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, Campina Grande-PB. Participaram oito mães de recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso que tiveram alta no último trimestre de 2012. Os dados foram coletados em duas etapas, a primeira desenvolvida mediante aplicação de questionário aos prontuários dos recém-nascidos. A segunda etapa ocorreu mediante entrevista junto às mães. Para a análise dos dados utilizou-se a metodologia da Análise de Conteúdo Temática ou Categorical. O desdobramento da análise apontou sete categorias temáticas: 1) O Cuidado ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso realizado pela mãe no domicílio; 2) Orientações realizadas pela equipe de enfermagem quanto aos cuidados e seguimento do recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso após a alta; 3) Falta de orientação dos profissionais a respeito do seguimento e acompanhamento do recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso após a alta; 4) Realização e não realização do acompanhamento da criança prematura e/ou de baixo peso após a alta; 5) Concepção materna em relação à importância do acompanhamento da criança prematura e/ou de baixo peso após a alta. Identificou-se que as orientações prestadas pela equipe de enfermagem quanto ao seguimento e os cuidados do recém-nascido após a alta não atenderam completamente as necessidades de orientação das mães quanto aos cuidados com o recém-nascido no domicílio. Diferentes fatores estiveram envolvidos com a não realização do seguimento do bebê, dentre eles a falta de informação quanto à importância de tal assistência. As orientações quando não realizadas de forma adequada, interfere negativamente na assistência a saúde desta população, comprometendo a saúde dessas crianças e sua qualidade de vida após alta hospitalar.

Palavras – chaves: Enfermagem pediátrica. Prematuridade. Saúde da criança. Seguimento.

OLIVEIRA, A. A. de. **Cuidados e seguimento do recém-nascido prematuro e de baixo peso após a alta.** 2013. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2013.

ABSTRACT

The prematurity is currently shown as the main concern of neonatal health , either because of their incidence or to be the main cause of morbidity and mortality , causing several functional disorders in survivors . One of the aspects that are directly linked with the survival of these newborns is the process after the discharged. The study aimed to: general - Understand how to place the monitoring and care of the newborn premature and/or low birth weight newborn by parents and/or family after the discharged ; specific - characterize the profile of the premature infants and/or underweight graduates of the Institute of Health Elpídio de Almeida , in the last quarter of 2012 , to identify which were the information and/or instructions given by the nursing staff to the parents and/or family face to the care and monitoring of these newborns after the discharged, and to establish if they have been developed at home . The research is descriptive and exploratory ,with qualitative approach , developed at the Institute of Health Elpidio de Almeida , Campina Grande - PB. Participated voluntarily in the study mothers of preterm newborns and/or low weight in discharged from the Institute in the last quarter of 2012 . The data were collected in two stage , the first was developed through a questionnaire to the medical records of the newborns The second stage occurred through interviews with mothers . For data analysis we used the methodology of Categorical Content Analysis. As result of the characterization of the newborn identified relationship between prematurity and low weight with perinatal and antenatal care factors. The unfolding of the analysis revealed seven themes: Care of the newborn preterm and/or low weight carried by the mother at home; Guidelines performed by nursing staff regarding care of the newborn premature and/or low weight after discharged ; Guidelines performed by nursing staff regarding the monitoring and follow-up of newborn premature and/or low weight after discharge ; Lack of professional guidance regarding tracking and monitoring of the newborn premature and/or low weight after discharge ; realization of monitoring the child's premature and/or low weight after discharge , not the follow up of preterm infants and/or low weight after discharge and maternal perception of the importance of monitoring the premature infant and/or low weight after discharge . It was identified that the guidelines provided by the nursing staff regarding the monitoring and care of the newborn after discharge did not meet fully the needs guidance of mothers in caring for the newborn at home. The factors involved with not performing the action baby, among them the lack of information regarding the importance of such assistance.

Guidelines when not done properly, negatively affect the health care of this population, compromising the health of these children and their quality of life after hospital discharge .

Key-words: Pediatric nursing. Prematurity. Child health. Follow up.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	HISTÓRICOS DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	17
3.2	CONTEXTUALIZANDO O PREMATURO E/O RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO.....	19
3.3	O SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO E/OU DE BAIXO PESO APÓS A ALTA	22
4	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	25
4.1	TIPO DE PESQUISA	25
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA	25
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA	25
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	26
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	26
4.6	PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	27
4.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	28
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ANTECEDENTES PERI E PRÉ-NATAIS DOS RNPTs E/OU DE BP NASCIDOS E RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB, QUE TIVERAM ALTA DURANTE O PERÍODO DE OUTUBRO À DEZEMBRO DE 2012	29
5.2	CATEGORIAS TEMÁTICAS	32
5.2.1	Categoria I: O cuidado da criança PT e/ou de BP realizado pela mãe no domicílio	32
5.2.2	Categoria II: Orientações realizadas pela equipe de enfermagem quanto aos cuidados e seguimento do RNPT e/ou de BP após a alta	37
5.2.3	Categoria III: Falta de orientação dos profissionais a respeito do seguimento e acompanhamento do RNPT e/ou BP após a alta	43
5.2.4	Categoria IV: Realização e não realização do acompanhamento da criança RNPT e/ou de BP após a alta	44
5.2.5	Categoria V: Concepção materna em relação à importância do acompanhamento da criança PT e/ou de BP após a alta.....	48

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	56
ANEXOS	62

1 INTRODUÇÃO

O crescimento e o desenvolvimento da criança é um processo que envolve diversos fatores, os quais interagem de forma a garantir ou não um desenvolvimento saudável. Ambos representam um importante sinal de saúde da criança, sendo seu acompanhamento um importante aliado na promoção de saúde desta população (BRASIL, 2011; SIQUEIRA; DIAS, 2011).

O termo crescimento, em geral, é utilizado para caracterizar o aumento corporal, dependente do aumento celular hiperplásico ou hipertrófico. O período de maior importância nesse processo vai desde a concepção até os cinco anos de vida, fase onde ocorre em uma rápida velocidade. Pode ser dividido em crescimento intrauterino e crescimento pós-natal. A fase de crescimento intrauterino é caracterizada por sua intensa velocidade no processo de multiplicação celular, onde qualquer alteração na saúde/nutrição pode interferir gravemente no processo de crescimento, tornando-o de grande vulnerabilidade. Durante o período pós-natal o ganho de peso continua acelerado, semelhante ao que ocorria no útero, até a 13ª semana de vida (BRASIL, 2011; FUJIMORI; OHARA, 2009).

O desenvolvimento é um processo individual de aquisição e aprimoramento de funções motoras, cognitivas, psíquicas e sociais, determinado pela maturação biológica e psíquica, como também por fatores externos. Embora possam existir variações, tal processo ocorre para todas as crianças em uma mesma sequência. De acordo com o processo de desenvolvimento classifica-se a criança em: recém-nascido ou lactante, infante, pré-escolar e escolar. Recém-Nascido (RN) é considerado toda criança desde o nascimento até atingirem 28 dias do nascimento (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011).

O peso ao nascer é determinado pela duração da gestação e a taxa de crescimento fetal. De maneira que o baixo peso pode ser determinado por um período gestacional curto, por um crescimento intrauterino inadequado ou pela associação de ambos os processos. Dessa forma é importante considerar o peso do Recém-nascido (RN) e sua Idade Gestacional (IG), visto que alguns RNs podem apresentar baixo peso ao nascer, mesmo com a IG ideal (BRASIL, 2012).

Quanto à relação peso versus idade gestacional os RNs podem ser classificados em: Adequados para a Idade Gestacional (AIG) – quando o peso e IG são compatíveis; Pequenos para a Idade Gestacional (PIG), quando o peso estar abaixo do esperado para a IG correspondente, e Grande para a Idade Gestacional (GIG), cujo peso estar acima do esperado para a IG. Para tal classificação determinam-se RN Normal de Termo aquele com peso em

média de 3.250g e RN com Baixo Peso (BP) ao nascer todos aqueles com menos de 2.500g (FUJIMORI; OHARA, 2009).

A prematuridade é caracterizada por gestação inferior a 37 semanas e peso abaixo de 2.500g. São inúmeros os fatores envolvidos neste processo, desde condições socioeconômicas precárias, peso da mãe antes e durante a gestação, idade, escolaridade materna, nascimentos múltiplos, paridade, história obstétrica anterior, cuidados pré-natais, morbidade materna durante a gravidez, comportamentos de risco como o consumo de bebidas alcoólicas e drogas, dentre outros (MIOTTO, et al, 2011).

Estudos evidenciam que o baixo peso é a principal causa de morbimortalidade de recém-nascidos. Em todo o mundo, dos 20 milhões de bebês pré-termos e de baixo peso que nascem por ano, um terço morre antes de completar um ano de vida. No Brasil a taxa de mortalidade infantil reduziu 61,7% entre 1990 e 2010, mas o Brasil ainda ocupa o 90º lugar entre 187 países no ranking da Organização das Nações Unidas (ONU) e com inaceitáveis 19,88 mortes por mil nascimentos vivos (BRASIL, 2012; BENGZOZI, et al 2010).

Na tentativa de solucionar essa situação o governo brasileiro implantou diversas ações de intervenção, especialmente no tocante a redução na taxa de mortalidade neonatal, dentre elas a qualificação profissional na assistência pré-natal e no parto, a sistematização da assistência ao recém-nascido na sala de parto e na unidade neonatal e estratégias como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a criação da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal, a Rede Cegonha e a Rede Amamenta Brasil, além da capacitação de profissionais de saúde na estratégia da AIDPI Neonatal e em Reanimação Neonatal (BRASIL, 2011; SIQUEIRA; DIAS, 2011).

Tal avanço, destinado à assistência neonatal, tem possibilitado o aumento da sobrevivência de bebês cada vez menores e mais imaturos. Esse quadro tem gerado acentuado aumento nos níveis de morbidade, expondo estes a inúmeros riscos, tais como uma deficiência na qualidade de vida após a alta hospitalar, dificuldade no estabelecimento do vínculo mãe-filho e família, cuidados especiais e assistência em possíveis sequelas (risco acentuado) que demandam uma série de cuidados especializados. Outra questão a se destacar são os altos custos financeiros associados à assistência dessas crianças (FRELLO; CARRARO, 2012; VIDAL, 2011; SASSÁ, et al 2011).

Apesar dos avanços tecnológicos e o surgimento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN) terem resultado em progressiva diminuição da mortalidade neonatal e uma maior sobrevivência de neonatos, os níveis de morbimortalidade nesta população ainda

constituem um importante problema de saúde, com evidentes consequências médicas e sociais (FRELLO; CARRARO, 2012; BRASIL, 2011).

Um dos grandes desafios da assistência neonatal é promover ações de cuidado e seguimento após a saída hospitalar que atendam as necessidades do neonato e família. A alta hospitalar da UTIN é um período crítico tanto para o bebê quanto para a família, caracterizado por uma fase de readaptação envolta de inúmeros conflitos, ansiedades e desconhecimento quanto aos cuidados prestados ao bebê. Muitas destas crianças em alta hospitalar são dependentes de tecnologia, necessitando de uma assistência especializada, e para tanto se faz necessário à instrumentalização da família para o cuidado no domicílio (OLIVEIRA, ORLANDI, MARCON, 2011).

Estudos têm ressaltado que o acompanhamento e seguimento do neonato e de sua família após a alta hospitalar têm acontecido de forma fragmentada e sem adequada articulação entre os níveis de atenção à saúde, limitando o conhecimento sobre a evolução dessas crianças e a devida intervenção que esses necessitam, ampliando o número de recidivas à UTIN. Sabe-se que a interação profissional-família é uma importante estratégia na redução de possíveis reinternações do neonato. No entanto, o que se percebe é uma acentuada lacuna de como se dá à educação em saúde e o preparo desses familiares para cuidarem dos RNs após a alta hospitalar (SIQUEIRA; DIAS, 2011; VIDAL, 2011).

Diante desta problemática torna-se evidente a necessidade do desenvolvimento de estudos que possam contribuir para os cuidados e seguimento ao RN Prematuro e de Baixo Peso durante o período de internação e alta da UTIN. Contribuindo assim, para melhoria na qualidade da relação família-equipe de saúde e o oferecimento adequado das informações/orientações quanto aos cuidados e seguimento do bebê no domicílio.

Partindo do pressuposto de que o seguimento e continuidade da assistência ao RN após a alta da UTIN precisam estar aliados ao oferecimento adequado das informações/orientações e comunicação eficiente por parte da equipe de saúde, destacando-se a equipe de enfermagem, por manterem uma proximidade maior com o binômio RN-família, surgiu a seguinte questão norteadora para esse estudo: Como têm ocorrido os cuidados e seguimento ao Recém-nascido Prematuro e de Baixo Peso pelos pais e/ou familiares após a alta?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como acontecem o seguimento e os cuidados do RNPT e BT pelos pais e/ou familiares após a alta.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos RNPT e de BP egressos do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida no último trimestre de 2012.
- Identificar quais foram às informações e/ou orientações realizadas pela equipe de enfermagem aos pais e/ou familiares com relação aos cuidados e seguimento do RNPT e de BP após a alta.
- Averiguar se as orientações realizadas pela equipe de enfermagem quanto aos cuidados e seguimento do RNPT e de BP durante a internação hospitalar têm sido realizadas pelos pais e/ou familiares no domicílio.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

No Brasil na primeira metade do século XX os estudos referentes às políticas públicas de atenção a saúde da criança foram limitados pela dificuldade em obter documentação oficial referente ao tema. Na segunda metade do mesmo século, principalmente a partir da década de 70, tais estudos ganharam maior detalhamento e aprofundamento (BRASIL, 2011).

Nesse período avanços significativos sobre a visão da criança como cidadão com capacidade de exercer seus direitos e deveres foram ressaltados, principalmente com a elaboração da Constituição Federal de 1988. A infância passou a ser reconhecida como etapa expressiva para a formação de uma vida adulta futura, observando-se a importância das políticas públicas para a saúde integral da criança (FERREIRA et. al., 2010).

Em se tratando das políticas de saúde direcionadas aos neonatos observa-se que a institucionalização da assistência iniciou-se no final do século XIX em países industrializados, quando foram desenvolvidos os primeiros berçários para prematuros, centrados na prevenção de infecções, controle da temperatura e alimentação, com a finalidade de redução das taxas de mortalidade neonatal, estendendo-se para os demais recém-nascidos no início do século XX (OLIVEIRA ROSA; GAÍVA, 2009).

Nas últimas décadas do século XX, obtiveram-se inúmeros avanços na tecnologia e assistência médico-hospitalares voltados ao neonato prematuro e de muito baixo peso ao nascer. Progressivamente os clássicos berçários foram sendo substituídos pelas Unidades de Alojamento Conjunto, por Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e por Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (BRASIL, 2011).

Durante o Estado Novo (1937/1945) foi instituído no Brasil o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência de que se tem notícia, desenvolvido inicialmente pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde e posteriormente pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr), o qual desenvolvia atividades objetivando normatizar o atendimento ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil. Com a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953, as ações desenvolvidas pelo DNCr passaram a ser de sua responsabilidade (BRASIL, 2011).

A década de 70 foi marcada pela criação de diversos programas assistenciais à saúde materno-infantil, como a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (1970), com atribuição de planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, infância e adolescência. O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil

(1975), cujo propósito era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. A Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI - 1976), antiga Coordenação de Proteção Materno-Infantil, passa a ser o órgão responsável, no nível central, pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente (BRASIL, 2011).

Na década de 80 foram obtidas novas e significativas conquistas no âmbito das políticas públicas de saúde da criança, sendo incorporadas atividades de vigilância e promoção à saúde em programas e ações direcionados a esta população (FERREIRA et al, 2010).

Em 1983, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) objetivando a melhora das condições de saúde da mulher e da criança e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde. No ano seguinte, o PAISMC deu lugar ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), os quais funcionavam de forma integrada, objetivando diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços (BRASIL, 2011).

Foi criada, em 1990, a Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI), antiga DINSAMI, com a função de normatizar a assistência à saúde da mulher e da criança, em nível nacional, compreendendo ações de caráter promocional, preventivo, recuperador e reabilitador desses grupos, no sentido de garantir as condições favoráveis à reprodução sadia e ao crescimento e desenvolvimento do ser humano. Em 1996, a CORSAMI foi extinta dando lugar à Coordenação de Saúde da Mulher e à Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, as quais seriam em 1998 substituídas pelas atuais Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Aleitamento Materno e Saúde do Adolescente e do Jovem (BRASIL, 2011).

Atualmente, a Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno é o setor do Ministério da Saúde responsável por propor e coordenar as políticas governamentais de atenção à saúde da criança brasileira de 0 a 9 anos de idade. Dentre suas atribuições destaca-se a assistência dos estados e municípios em colocar em prática as recomendações e políticas públicas elaboradas (BRASIL, 2011).

Desde então, esta Área Técnica vem estimulando a implementação e o incremento de estratégias e ações, entre elas: o Projeto de Fortalecimento e Expansão do Método Canguru no Brasil (1997); Ampliação de maternidades credenciadas na Iniciativa Hospital Amigo da

Criança (1992); Ampliação do número de Bancos de Leite Humano (1998); Rede Norte Nordeste de Saúde Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal (2008) (BRASIL, 2012).

A redução da mortalidade infantil é uma das finalidades dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas, do qual o Brasil é signatário. O último relatório nacional de acompanhamento do ODM apresentado em 2010, destaca que apesar dos avanços importantes, a continuidade da redução da mortalidade infantil ainda representa um grande desafio. Os índices são ainda elevados, com concentração no período neonatal (0 a 27 dias de vida) e com diferenças sociais e regionais acentuadas (BRASIL, 2010).

No ano de 2008 o Governo Brasileiro, no sentido de reduzir as desigualdades regionais, priorizou quatro áreas: redução do analfabetismo, erradicação do sub-registro civil, fortalecimento da agricultura familiar e redução da mortalidade infantil na Amazônia Legal e Região Nordeste. O Ministério da Saúde assumiu a liderança do Plano de Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal, cuja meta é reduzir ao menos 5% ao ano à mortalidade infantil dessas regiões (BRASIL, 2012).

3.2 CONTEXTUALIZANDO O RECÉM-NASCIDO PREMATURO E DE BAIXO PESO

Apesar das Taxas de Mortalidade Infantil (óbitos < 1 ano nascidos vivos) terem apresentado redução nos últimos anos no Brasil (redução de 61,7% entre os anos 1990 e 2010), seus índices ainda continuam acentuados, não conseguindo mudanças significativas nas últimas décadas, afetando desproporcionalmente diferentes classes sociais e regiões brasileiras, tornando-se um relevante problema de saúde pública (BRASIL, 2012).

Embora ações e programas voltados à assistência neonatal terem demonstrado efetividade na redução global da mortalidade materno-infantil, o impacto na redução da mortalidade perinatal (óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nascidos vivos < 7 dias de idade) ainda é limitado. Observa-se que a mortalidade perinatal está associada a causas preveníveis, dentre elas a desigualdade no acesso dos serviços de saúde, precária assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

As afecções perinatais, eventos ocorridos no período perinatal que afetam a saúde do feto ou da criança, podendo causar sua morte, são a principal causa de óbito infantil no Brasil. Estão relacionadas principalmente a inadequação ou inexistência de acompanhamento na atenção básica de saúde e ineficiência na resolutividade no âmbito hospitalar (BRASIL, 2012; SIQUEIRA; BASTOS DIAS, 2011).

Estima-se que cerca de 62% dos óbitos de nascidos vivos com peso superior a 1500g ao nascer são evitáveis, sendo o principal grupo de causa as afecções perinatais, correspondendo estas a cerca de 80% das mortes neonatais (óbitos de crianças < 28 dias de idade), com destaque para a prematuridade (BRASIL, 2012).

A prematuridade é apresentada, atualmente, como a principal preocupação da obstetrícia seja por sua frequência, cuja incidência não apresenta diminuição significativa nas últimas décadas, como por ser a principal causa de morbimortalidade neonatal, acarretando diversos distúrbios funcionais entre os sobreviventes (BRASIL, 2012; SOARES; CUNHA, 2012).

O parto pré-termo, assim é considerado quando sua ocorrência for inferior a 37 semanas completas (259 dias) contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual, não importando o peso do recém-nascido. É classificado em duas categorias: espontâneo (trabalho de parto espontâneo propriamente dito ou ruptura prematura de membranas) e eletivo (indicação médica, decorrente de intercorrências maternas e/ou fetais) (BRASIL, 2012).

A maior incidência de morbidade neonatal é observada entre os prematuros eletivos, os quais apresentam risco acentuado para a ocorrência de síndrome do desconforto respiratório, broncodisplasia e hipoglicemia e, a partir de um ano de vida, terão maior possibilidade de desenvolver doença pulmonar crônica e menor potencial de crescimento (SIQUEIRA; BASTOS DIAS, 2011).

Embora não se consiga identificar uma causa para o parto pré-maturo, podemos observar que a prematuridade esta relacionada a diversos fatores de riscos, seja ginecológicos, sociais, epidemiológicos ou por intercorrências durante a gravidez (BRASIL, 2012).

Com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil o Ministério da Saúde tem focado no atendimento perinatal, já que o maior desafio reside no componente neonatal. Um conjunto de ações tem sido desencadeado procurando elevar o padrão de atendimento técnico a essa população e a integralidade do cuidado obstétrico e neonatal (BRASIL, 2011).

A organização e implantação das modernas UTIN, em conjunto com demais avanços tecnológicos neonatais, possibilitaram a sobrevida de crianças até então consideradas inviáveis devido à prematuridade e ao baixo peso ao nascer. Obtendo uma progressiva diminuição da mortalidade neonatal e uma maior sobrevida desta população (FRELLO; CARRARO, 2012; BRASIL, 2011).

Um dos desafios enfrentados frente ao avanço da sobrevida de prematuros antes inviáveis a vida, é justamente o fato de tal população constituir um grupo de alto risco para

anormalidades neurológicas, sequelas secundárias ao nascimento pré-termo, interferindo no desenvolvimento e crescimento da criança, adolescente e adulto nascido prematuro (CASTRO, RUGOLO, MARGOTTO, 2012; VIDAL, 2011).

Outra problemática identificada é o fato de ainda serem escassos estudos relativos ao acompanhamento de prematuros extremos em longo prazo, acarretado aos profissionais de saúde, pais e familiares dificuldades e incertezas diante da tomada de decisão referente ao tratamento e suporte adequado oferecido aos prematuros (VIERA et al, 2010).

Tal situação tem posto em questionamento a qualidade de vida durante a estadia ou após alta hospitalar. A qualidade de vida está diretamente ligada ao estabelecimento do vínculo entre mãe-filho e família, a relação de aprendizado nos cuidados com o bebê, a assistência às sequelas ligadas ao desenvolvimento da criança, interação com a equipe de saúde (VIDAL, 2011).

Tem sido observado que a experiência da prematuridade para as famílias é uma condição que os coloca diante de limitações, impedimentos e situações, com repercussões na vida cotidiana, no trabalho, em seus familiares, amigos e parceiros. Tais situações provocam na família certa fragilidade do próprio sentido da vida e da capacidade de resolver problemas, já que tudo aquilo que estava a princípio esperado é modificado de forma abrupta com o nascimento prematuro do filho e hospitalização em uma UTIN (VIERA et. al., 2010).

Durante a internação do RN na UTIN o vínculo entre família e neonato torna-se comprometido, implicando na afetividade entre pais e filhos, em uma experiência regida pela insegurança, frustração, ansiedade e falta de confiança na capacidade de cuidados com seu bebê. A própria dinâmica intensiva, seu ritmo, volume de aparelhagem, podem contribuir para uma sensação de incômodo e desajuste (SILVA et al, 2013; COSTA, ARANTES; BRITO, 2010).

Dessa forma a unidade neonatal, espaço voltado principalmente à dimensão biológica do processo saúde-doença, deve incorporar o impacto do ambiente físico da unidade neonatal sobre o bebê e sua família, ganhando destaque a inserção da família nos cuidados, a realização de cuidados voltados para o desenvolvimento e a busca pela qualidade de vida (SILVA et al, 2013).

Nesse sentido, o Método Canguru, introduzido em unidades de saúde brasileiras a partir da década de 90, enquanto política de atenção neonatal e modelo assistencial voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, ganha destaque por propor cuidados e estratégias que concretizam a integralidade, a humanização, a cidadania e a qualidade de vida (SILVA et al, 2013; BRASIL, 2011).

Esse método é desenvolvido por equipe multidisciplinar, capacitada na metodologia de atenção humanizada ao RN de BP, conforme Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007 e dividido em três etapas (BRASIL, 2011).

Na fase inicial é promovida a identificação previa das gestantes com risco para o nascimento de um RN pré-termo e/ou de BP, proporcionando cuidados específicos, orientações e suporte psicológico a futura mãe e sua família. Com o nascimento do bebê e havendo necessidade de permanência na UTIN e/ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), trabalha-se o estímulo à lactação e à participação dos pais nos cuidados com o bebê e o estabelecimento do contato pele a pele, nesse sentido a posição canguru é proposta sempre que possível. Durante a segunda etapa do Método a posição canguru é mantida pelo período considerado seguro e agradável, exigindo estabilidade clínica da criança, ganho de peso regular, segurança materna, interesse e disponibilidade da mãe em permanecer com a criança o maior tempo desejado e possível. A terceira etapa se inicia com a alta hospitalar, e exige acompanhamento ambulatorial criterioso do bebê e de sua família (SILVA et al, 2013; BRASIL, 2011).

O Método Canguru, em articulação aos princípios da atenção humanizada, visa reduzir o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorecer o vínculo; permitir um controle térmico adequado; contribuir para a redução do risco de infecção hospitalar, o estresse e a dor do recém-nascido. Objetiva-se aumentar as taxas de aleitamento materno; melhorar a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido; propiciar um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilitar maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar; reduzir o número de reinternações; e contribuir para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais (SILVA et al, 2013; MAIA et al, 2011; BRASIL, 2011).

3.3 O SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO E DE BAIXO PESO APÓS A ALTA

Um dos aspectos ligados diretamente com a sobrevivência de recém-nascidos pré-termos e de baixo peso é o processo após a alta hospitalar. Apesar do desejo dos pais de levarem seus filhos para casa, à fase de preparação para a alta é caracterizada pela mistura de sentimentos, alegria confundida com o medo, ansiedade com insegurança. Sair de perto dos profissionais e do ambiente seguro da UTIN é considerado um desafio. Tal situação traz consigo a

necessidade de preparar os pais e toda a família para os cuidados com estas crianças (SILVA et al, 2013).

Embora a integralidade do cuidado e a estratégia de busca ativa fazerem parte das diretrizes das políticas da atenção básica à saúde da criança, o acompanhamento do RNPT e BP e de sua família após a alta hospitalar tem acontecido de forma fragmentada e sem adequada articulação entre os níveis de atenção à saúde, o que limita o conhecimento sobre a evolução dessas crianças e as intervenções referentes às suas peculiaridades e às de sua família (VIDAL, 2011).

O processo de comunicação entre a equipe de saúde e familiares varia entre os profissionais. Estudos mostram que a comunicação entre o médico e os pais dos bebês é quase sempre um monólogo, onde apenas o profissional fala e o outro escuta e acata (pais e/ou familiares). Sobretudo, observa-se que os familiares apresentam dificuldades em comunicar-se com a equipe médica, necessitando, muitas vezes, do intermédio de outros profissionais para fazê-lo. Um dos fatores que compromete a efetivação da comunicação entre familiares e médicos é a questão do saber que este detém, tornando aos olhos daqueles, detentor de verdade e poder (FRELLE; CARRARO, 2012; SIQUEIRA; BASTOS, 2011).

Sendo a comunicação um processo inerente às relações humanas, deve se desenvolver de tal maneira que possa haver compreensão por parte dos indivíduos envolvidos. Tal processo em articulação com as relações estabelecidas entre a equipe de saúde e familiares mostra-se como necessidades reais, influenciando na vivência dos familiares com o neonato prematuro ao longo da internação e alta hospitalar (SILVA et al, 2013).

Quando existe a informação contínua, desenvolve-se a confiança nos cuidadores. Fato esse destaca a importância de se refletir sobre as relações interpessoais em uma UTIN de modo a qualificar o cuidado, como também estimulação da afetividade, pois o nascimento de um bebê prematuro, sua internação no ambiente intensivo, os procedimentos e suas demandas de cuidado mobilizam intensamente os afetos e sentimentos dos pais e familiares (FRELLE; CARRARO, 2012).

Visando assistência adequada, os profissionais de saúde necessitam compreender o problema, planejar e promover assistência eficiente no processo de formação de vínculo. Devem observar a singularidade de cada caso, englobando aspectos biopsicossocioculturais, baseando-se no conhecimento de reações, sentimentos, significados, hábitos, valores e costumes (COSTA; ARANTES; BRITO, 2010).

Torna-se pertinente a equipe de enfermagem, manter comunicação efetiva e contínua, fornecendo informações e conhecimento necessários sobre o estado de saúde do RN,

organização da UTIN e da equipe de saúde, perspectivas e resultados, a fim de amenizar as repercussões emocionais decorrentes desse processo (FRELLE; CARRARO, 2012).

Portanto é essencial o estabelecimento de comunicação no dia-a-dia do hospital, a qual pode se estabelecer através de diálogo, de troca de informações e de mensagens não verbais. No entanto, não se percebe no cotidiano do trabalho a preocupação dos profissionais em transformar termos técnicos em uma comunicação clara e compreensível ao entendimento dos pais e/ou familiares, muito menos a disposição para ouvir e acolher os familiares dos recém-nascidos (SILVA et al, 2013).

As orientações durante a internação e alta hospitalar não devem ser apenas assimiladas pelos pais e/ou familiares, mas também compreendidas e incorporadas aos cuidados destes com o recém-nascido, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades e aquisição de conhecimentos dos cuidadores (pais e/ou familiares) (BRASIL, 2012; FRELLE; CARRARO, 2012).

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa proposta é do tipo descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. A metodologia exploratória tem a finalidade de descrever e modificar conceitos e ideias, aproximando-o do fato real, ao passo que a descritiva tem a função de descrever as características das pessoas entrevistadas utilizando a coleta de dados (GIL, 2009).

Ainda, segundo Richardson (2008), a abordagem qualitativa é caracterizada por ser uma pesquisa detalhada sobre um devido tema e constituídas pelas situações apresentadas pelos entrevistados.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) situado no município de Campina Grande-PB. Fundada em 05 de agosto de 1951 como Maternidade Elpídio de Almeida, passou em 27 de abril de 1992, a se chamar Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, tornando-se maternidade de referência no interior da Paraíba.

Dentre os serviços que a maternidade oferece está à assistência aos partos de baixo e alto risco; pré-natal; atendimentos psicológicos, de fisioterapia e serviço social; UTI neonatal; imunização; banco de leite humano; pediatria para nascidos na maternidade; tratamento odontológico para pacientes do pré-natal; planejamento familiar; exames de ultrassonografia, raios-x e laboratoriais.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram da pesquisa mães de RNPT e/ou de BP que tiveram alta do Instituto Saúde Elpídio de Almeida, no último trimestre de 2012. A seleção das participantes se deu a partir da análise dos prontuários dos RNs selecionados na pesquisa, residentes na zona urbana de Campina Grande – PB, por meio do qual se localizou o endereço dos mesmos. A seleção da amostra foi obtida de forma aleatória, constituindo-se daquelas mães que preencheram os critérios de inclusão e exclusão e aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Fizeram parte da pesquisa, mães de neonatos egressos de UTIN, residentes na zona urbana do município de Campina Grande, que tiveram alta no último trimestre de 2012 e se dispuseram voluntariamente em participar do estudo. Não fizeram parte do estudo mães de neonatos egressos da UTIN do ISEA no último trimestre de 2012 que não residiam na zona urbana e aquelas que se recusaram a colaborar com a pesquisa.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada em acordo com o que preconiza a Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual dispõe sobre a ética relacionada à pesquisa que envolve seres humanos, direta e indiretamente, certificando entre outros pontos a garantia ao direito à privacidade dos sujeitos. Esses tiveram seus discursos identificados por nomes abstratos, como forma de preservar a identidade, contemplando assim, o que preconiza os direitos sobre os princípios éticos como: Beneficência, Respeito e Justiça (BRASIL, 2012).

As informações referentes à pesquisa tiveram suas descrições no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), entregue aos participantes, no qual atestaram por meio de assinatura, sua voluntariedade na participação da pesquisa, estando cientes da possibilidade de se retirar, antes, durante ou depois da finalização do processo de coleta dos dados, sem risco de qualquer penalidade e prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. Os mesmos tiveram a segurança do anonimato, bem como sigilo de dados confidenciais diante da publicação dos resultados. Uma vez apresentado os resultados, seus nomes foram apresentados da forma que sugeriram.

O pesquisador assumiu cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, assinando também um termo de compromisso, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Desta forma, as informações coletadas serão utilizadas apenas para o desenvolvimento do estudo, e divulgação do seu resultado nos meios acadêmicos e científicos.

4.6 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A presente pesquisa foi constituída de duas etapas, a primeira delas foi desenvolvida por meio da aplicação de um questionário fechado (Apêndice B) aos prontuários de RNPT e/ou de BP neonatal que receberam alta do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida no último trimestre de 2012. A segunda etapa aconteceu após a seleção dos sujeitos participantes da pesquisa, com a realização de entrevista (Apêndice C) junto aos familiares dos RNPT e/ou de BP. A opção por esse tipo de instrumento se deu por permitir uma maior flexibilização das perguntas consentindo uma melhor apropriação do fenômeno estudado. Para registro das entrevistas foi utilizado um aparelho de mp3 player, no sentido de garantir um registro mais fidedigno das informações coletadas. Após a etapa de entrevista, foi feita a transcrição na íntegra do material empírico, para seguir a fase de análise dos resultados.

Inicialmente, seguindo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para a pesquisa, foram selecionados 266 prontuários de RNs que receberam alta nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2012. Destes, 175 pertenciam a recém-nascidos internados por causas diversas, não sendo considerados por não fazerem parte do objetivo da pesquisa e os 91 prontuários restantes, pertencentes à RNPT e/ou de BP.

Para viabilizar a coleta de dados, fez-se a seleção da amostra a ser utilizada na pesquisa, constando daqueles RNPT e/ou de BP residentes na zona urbana do município de Campina Grande – Paraíba (PB). Dessa forma, dos 91 prontuários pré-selecionados, 62 eram pertencentes à RNs residentes em diversos municípios e os demais (29 prontuários) pertenciam a RNs residentes no município de Campina Grande-PB. Destes, seis foram a óbito durante a internação hospitalar e dois residem na zona rural do município. Desta forma, foram selecionados para integrarem a pesquisa os familiares de 21 RNs.

A partir da seleção da amostra, iniciou-se a primeira etapa da coleta de dados, junto aos prontuários selecionados. Por meio do qual foram investigados os dados referente aos antecedentes peri e pré-natais e dados do RN, sexo, peso ao nascer, Índice de Apgar, peso na alta e tempo de internação. Posteriormente realizou-se a segunda etapa da coleta de dados junto aos familiares dos RNPT e/ou de BP.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a apreciação dos dados foi utilizado a metodologia da Análise de Conteúdo (AC), segundo Bardin (2009), “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações e trata as informações provenientes das falas dos sujeitos investigados sobre determinado assunto, onde seja possível centralizar as ideias e categorizá-las tematicamente”. A AC deseja compreender o que está implícito no discurso do sujeito, buscando a sua codificação em unidades de compreensão, e trabalhando com a frequência das informações nas falas.

A técnica de análise de conteúdo pressupõe algumas etapas, definidas por Bardin (2009) como: 1) pré-análise – onde são desenvolvidas operações preparatórias para a análise propriamente dita, como escolha dos documentos ou definição do *corpus*; 2) exploração do material ou codificação – processo no qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação – onde se coloca em relevo as informações fornecidas pela análise, através de quantificação simples ou mais complexa como a análise fatorial.

Para Oliveira (2008), conceber a análise de conteúdo como conjunto de procedimentos sistemáticos implica a determinação de tais procedimentos, de forma a dar segurança ao pesquisador no caminho a seguir, ao mesmo tempo em que permite a replicabilidade da técnica, possibilitando a comparação entre resultados de diferentes estudos.

Assim, cada tipo de análise, exige a definição de um conjunto de procedimentos explícitos, atribuindo rigor metodológico ao seu desenvolvimento. Nessa perspectiva, a autora desenvolveu uma sistematização de procedimentos exigidos pela análise de conteúdo temático ou categorial, a seguir: 1) leitura flutuante, intuitiva, ou parcialmente orientada do texto – implica a leitura exaustiva do conjunto de textos a ser analisados; 2) definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado; 3) determinação das unidades de registro (UR), através da escolha do tipo de UR que será adotado pelo pesquisador ao longo da análise; 4) definição das unidades de significação (US) ou temas, através da associação das unidades de registro a unidades de significação ou tema, assim, cada tema será composto por um conjunto de UR; 5) análise categorial – que deverá ser feita a partir dos temas determinados e da sua quantificação, devendo ser definidas as dimensões nas quais os temas aparecem; 6) Tratamento e apresentação dos resultados: os resultados poderão ser apresentados em forma de descrições cursivas, acompanhadas de exemplificação de unidades de registro significativas para cada categoria (OLIVEIRA, 2008).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados serão apresentados em duas etapas, a primeira delas será a caracterização dos sujeitos e a segunda a apresentação das categorias de análise.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ANTECEDENTES PERI E PRÉ-NATAIS DOS RNPTs E/OU DE BP NASCIDOS E RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB, QUE TIVERAM ALTA DURANTE O PERÍODO DE OUTUBRO À DEZEMBRO DE 2012

Os dados foram agrupados em dois blocos, compondo duas tabelas. A primeira refere-se às condições da gestação e do parto de RNPTs e/ou de BP nascidos e residentes na zona urbana do município de Campina Grande, PB, que tiveram alta no período de outubro a dezembro de 2012. A segunda refere-se aos dados que caracterizam estes RNPTs e/ou de BP.

Tabela 1 - Condições da gestação e parto de mães de RNPTs e/ou de BP nascidos no município de Campina Grande, PB, em alta no período de outubro a dezembro de 2012.

Variáveis	Frequência	%
Tempo de Gestação		
De 22 a 27 semanas	-	-
De 28 a 31 semanas	9	42%
De 32 a 36 semanas	11	53%
Ignorado	1	5%
Tipo de Gravidez		
Única	20	95%
Dupla	1	5%
Tipo de parto		
Vaginal	11	52%
Cesáreo	10	48%
Consulta Pré-natal		
Nenhuma	1	5%
De 1 a 3	9	42%
De 4 a 6	8	38%
7 e mais	3	15%
Risco gestacional		
Baixo risco	3	14%
Alto risco	17	80%
Ignorado	1	4%
Doenças associadas à gestação		
Infecção na gestação	10	50%
Anemia	5	25%
HAS gestacional	5	25%
Nº de gestações		
Primigestas	9	42%

Multigestas	11	53%
Ignorado	1	5%

Tabela 2 - Características dos RNPTs e/ou BP do município de Campina Grande, PB, selecionados para a pesquisa que tiveram alta hospitalar no período de outubro a dezembro de 2012.

Variáveis	Frequência	%
Sexo		
Masculino	13	62%
Feminino	8	38%
Apgar		
< 5	-	-
5 a 6	-	-
9 a 10	18	86%
Ignorado	2	14%
Malformações congênitas		
Sim	1	5%
Não	20	95%
Peso ao nascer		
< 1.000 kg	-	-
1.000 a 1.999 kg	9	42%
2.000 a 2.499 kg	10	48%
> 2.500 kg	1	5%
Ignorado	1	5%
Peso na alta		
< 1.000 kg	-	-
1.000 a 1.999 kg	8	38%
2.000 a 2.499 kg	7	33%
> 2.500 kg	1	5%
Ignorados	5	24%
Relação peso ao nascer e peso na alta		
Ganho de peso	5	24%
Perda de peso	11	52%
Ignorado	5	24%
Tempo de internação		
De 1 a 20 dias	19	90%
De 20 a 40 dias	1	5%
De 40 a 60 dias	1	5%

O resultado da pesquisa demonstra que a prematuridade e o baixo peso ao nascer estiveram atrelados a uma gestação de risco, seja ela de baixo ou alto risco, estando presentes diversos fatores determinantes, como: Infecção na gestação, Anemia e Hipertensão Arterial Sistêmica na gestação.

Dentre os fatores de risco gestacionais identificados em nosso estudo e corroborando com o que revela outros autores, estiveram determinantes sociodemográficos e fetais, a exemplo: a incidência de infecções durante a gestação e doença hipertensiva, ocorrência de anemia, número de gestação, acompanhamento insatisfatório de pré-natal, entre outros.

Almeida et al (2012) apresenta diversos fatores de risco gestacionais, tanto maternos, fetais, como socioeconômicos, associados à prematuridade, tais como: idade ≤ 18 e ≥ 35 anos, o baixo peso pré-gestacional, o uso de substâncias como tabaco e álcool, ser solteira, baixa escolaridade e o estresse na gestação; como também fatores associados aos dados clínicos maternos: intercorrências na gestação, como doença hipertensiva específica da gestação – DHEG, sangramentos vaginais e infecção do trato urinário – ITU, e ausência de cuidados pré-natais.

Com relação ao acompanhamento de pré-natal, apenas 5% não realizaram acompanhamento, enquanto que 95% o realizaram. O número de consultas realizadas variou entre duas a nove consultas. Dessa forma foi possível identificar relação entre o número de consultas realizadas e a prematuridade. Os achados do presente estudo são concordantes a outros estudos semelhantes já realizados, os quais apontaram associação entre as mães de prematuros com o menor quantitativo de consultas pré-natal. Dentre os fatores associados à menor procura das consultas de pré-natal, destaca-se à idade materna, baixa escolaridade, número de paridades, insatisfação com tempo de espera pelas consultas, horário de funcionamento das unidades de saúde e explicações dos profissionais de saúde (VETTORE, et al, 2013).

Em se tratando dos dados pré e perinatais o estudo demonstrou relação entre o número de gestação e a prematuridade. Segundo estudos, a paridade é um fator que, em conjunto com fatores sociodemográficos, tais como idade e baixa escolaridade, pode elevar consideravelmente o risco de um nascimento prematuro (ALMEIDA et al, 2012).

Quando analisados os dados referentes às doenças associadas à gestação identificamos episódios de infecções do trato urinário, anemia e hipertensão gestacional.

Apesar dos dados obtidos indicarem relação entre a prematuridade e RNs do sexo masculino, assim como outros estudos, a questão de gênero é pouco significativa (MARTINS, et al, 2013).

Em se tratando do peso ao nascer, foi observada uma variação entre 1,235 kg a 2,495 kg entre os RNs inclusos na pesquisa. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o peso ao nascer considerado ideal independente da idade gestacional é de no mínimo 2,500 kg (BRASIL, 2012).

Pode-se constatar na relação peso ao nascer e peso na alta, uma diferença para mais ou para menos. Pode-se notar que a longa permanência hospitalar gera ao RNPT e/ou de PBN diminuição de peso (MARTINS, et al, 2013).

Em se tratando do período de internação e alta dos RNs, observou-se que a média de internações ocorreu em torno de 12 dias, variando de 3 até 55 dias. Sendo que 90% permaneceram internados entre 1 a 20 dias; 5% entre 20 e 40 dias e outros 5% entre 40 e 60 dias.

5.2. CATEGORIAS TEMÁTICAS OU CATEGORIAIS

Dos 21 RNs integrantes da primeira fase da pesquisa, foram escolhidos aleatoriamente oito RNs dos quais os familiares fizeram parte da segunda etapa da pesquisa. Os resultados obtidos a partir da análise de conteúdo temático ou categorial apontaram para sete categorias temáticas ou categoriais: 1) O Cuidado ao RNPT e/ou de BP realizado pela mãe no domicílio; 2) Orientações realizadas pela equipe de enfermagem quanto aos cuidados e seguimento do RNPT e de BP após a alta; 3) Falta de orientação dos profissionais a respeito do seguimento e acompanhamento do RNPT e de BP pós-alta; 4) Realização e não realização do acompanhamento da criança PT e/ou de BP após a alta; 5) Concepção materna em relação à importância do acompanhamento da criança PT e/ou de BP após a alta.

5.2.1 Categoria I: O cuidado da criança PT e/ou de BP realizado pela mãe no domicílio

A chegada ao domicílio é um período de adaptação, tanto para os pais quanto para o RN, gerando o surgimento de diversos sentimentos, como ansiedade, medo, dúvidas... Ao perceber o corpo da criança prematura as mães tendem a associa-lo a uma criança frágil e susceptível a intercorrências, cujo ritmo natural do crescimento foi interrompido, revelando sentimento de apreensão quanto à possíveis complicações, despreparo e incapacidade para cuidar, insegurança em atender às necessidades do filho ou de expô-lo a situações de risco (FROTA, et al 2013; SASSÁ; MARCON, 2013).

Diante dos discursos maternos em relação ao cuidado realizado com o RNPT e de BP no domicílio, foi observada a associação materna do prematuro a uma criança que necessita de um cuidado especial quando comparado a um RN de termo, como mostram os relatos:

[...] Os cuidados que agente faz com todo bebê só que com mais cuidado. (M3)

[...] Eu tenho que ter mais cuidados, pelo fato dela ter problemas respiratórios. (M1)

De acordo com Cardoso (2013), os bebês prematuros e/ou de baixo peso neonatal requerem maior atenção e cuidados especiais por terem maior risco de complicações e serem mais susceptíveis a adquirirem doenças. Anjos, et. al (2012) acrescenta que o RN prematuro demanda maior atenção aos cuidados alimentares pelo risco de aspiração e refluxo gastroesofágico, manuseio nas primeiras semanas mais delicado devido a sua natural hipotonia muscular, além do fato de muitas crianças em alta hospitalar fazerem uso de vários medicamentos, fato que implica em maior atenção e dedicação por parte dos cuidadores.

A fim de se atender as necessidades do RN no domicílio o cuidador deve ter conhecimento das condições e fragilidades envolvidas no contexto da prematuridade. O preparo para a alta hospitalar é importante para garantir que o bebê receba o cuidado domiciliar adequado, o qual envolve diversas particularidades advindas da própria prematuridade e necessidades específicas do bebê de risco. Em geral, é a mãe quem assume o papel de principal cuidador do bebê, tanto durante a internação quanto no domicílio. Dessa forma, a mãe se destaca como a personagem central e foco do processo de ensino-aprendizagem do cuidado (GUBERT, et al, 2012).

O objetivo do preparo adequado para a alta é garantir a continuidade dos cuidados no domicílio, e deve ser realizado com informações concisas e de fácil compreensão, sempre considerando a capacidade de entendimento da mãe (SASSÁ; MARCON, 2013).

De acordo com Melo (2010), alguns profissionais parecem desconhecer as dificuldades referidas por mães em relação aos cuidados prestados ao RN além do espaço hospitalar. O mesmo autor revela ainda que as orientações transmitidas durante o período da internação não tem conseguido sanar as dúvidas maternas, nem tampouco diminuir a ansiedade e insegurança a respeito do retorno ao domicílio.

Com relação à alimentação do RN, durante as entrevistas domiciliares realizadas neste estudo, das oito mães participantes, seis referiram ter realizado ou continuar realizando o aleitamento materno e duas delas mencionaram não ter amamentado o bebê. Podemos observar nas falas maternas que mesmo não sendo em alguns casos, exclusivo, o aleitamento materno foi priorizado, sendo possível notar a valorização dada.

[...] Tive muito cuidado com o leite, dava de mamar direto. Eu só dei leite do peito. Como no inicio ele mamava pouco leite, eu ficava dando o peito de

instante em instante. Depois eu fui introduzindo outras coisas. (M7).

O aleitamento humano é recomendação primordial na alimentação do prematuro, pois o leite produzido durante o primeiro mês após o parto apresenta concentrações mais elevadas de proteínas, sódio e cloro do que aquele de mãe de recém-nascido a termo. Constituindo assim, o melhor alimento pra estas crianças, devendo ser incentivado durante todo o período de pré-natal, hospitalização e alta deste RN. No contexto do cuidado ao RNPT, tal incentivo deve ser considerado uma prioridade, haja vista seu papel como fator de proteção contra infecções e garantia do crescimento e desenvolvimento adequado do bebê. (BRASIL, 2012; GUBERT, et al, 2012).

Visando o sucesso do aleitamento materno, o profissional de saúde deve incentivar e orientar a mãe a amamentar seu filho de maneira adequada e eficaz. São também necessários para promover resultados positivos em relação ao aleitamento, serviços de apoio após a alta hospitalar. Dessa forma, profissionais capacitados e serviços de atenção primária à saúde acessíveis, como as unidades básicas são imprescindíveis para auxiliar nesse processo (SASSÁ; MARCON, 2013).

De acordo com Frota et al (2013), a efetivação do aleitamento do RN prematuro constitui desafio que sofre interferência de diversos fatores, tais como: dificuldade materna em manter a produção láctea durante o período de internação, atribuível tanto às condições clínicas do bebê como ao estado físico e emocional da mãe; dúvidas em relação ao prognóstico do bebê; insegurança materna em relação ao ganho de peso do bebê quando em aleitamento materno exclusivo (AME); além de fatores diretamente ligados à condição de imaturidade fisiológica e neurológica do RNPT.

Outro fator destacado pelos discursos maternos frente aos cuidados com o RN foi em relação à prevenção de infecções, destacando a forma como as mães elaboraram e trabalharam esses conceitos no seu lidar com o bebê. Foi possível notar a preocupação materna em relação aos cuidados neste sentido, reconhecendo a susceptibilidade do prematuro pela fragilidade do sistema imunológico.

[...] Dou banho nele, amamento, presto atenção direitinho no pênezinho dele, por quer ele teve infecção. (M2)

[...] Tinha cuidado com a poeira da casa por que ela adoece fácil. (M4)

No estudo de SILVA (2013), foi revelado que as mães de prematuros previnem infecção domiciliar com hábitos de higiene em relação casa, limpeza de um modo geral e aos cuidados com o recém-nascido, como lavar as mãos para realizar as trocas do bebê e higiene no preparo da alimentação. Neste estudo foi possível identificar a preocupação materna no sentido da realização da higiene do RN como medida de proteção.

[...] Dava banho, olhava o umbigo, dava de mama, mas às vezes ela não quer. (M4)

[...] Quando eu cuidava era em relação à higiene, ao umbigo, com a amamentação. (M5)

O autor Anjos, et al (2013) revela em seus estudos que a restrição de visitas é uma das medidas que contribui para a prevenção de infecções, devendo os pais evitarem o contato do bebê com pessoas resfriadas ou gripadas, como também o aglomerado de pessoas muito próximas ao RN. Não sendo tal constatação referida nos discursos maternos deste estudo.

Dentre outras medidas domiciliares utilizadas para a proteção do RN e também não fazendo parte dos relatos maternos das participantes deste trabalho está a lavagem das mãos, fervura de mamadeira, chupeta, restrição de corrente de ar e de perfumes (GUBERT, et. al, 2012).

Outro fator identificado nas falas maternas diante dos cuidados com o RN realizados no domicílio foi à preocupação e valorização da vacinação, estratégia eficaz para prevenção de doenças infectocontagiosas, que são muito graves quando acometem crianças pequenas e prematuras.

[...] Dou banho, amamento, levo no medico, dou a vacina, quando ele esta doentinho dou remédio. (M8)

O prematuro deve ser vacinado de acordo com sua idade cronológica, seguindo o calendário oficial, nas mesmas doses e intervalos das crianças maiores, devendo-se evitar atraso vacinal. Todas as vacinas recomendadas devem estar atualizadas antes da alta. Em geral, as vacinas para prematuros são disponibilizados pelos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) (SILVEIRA, 2012).

A vacinação de prematuros apresenta diversas particularidades, a exemplo: o RNPT não devem receber vacinas com vírus vivo atenuado; a BCG esta indicada após a alta hospitalar, quando a criança atingir pelo menos, 2.000 gramas; a vacina de DTP acelular está indicada em pré-termos com menos de 32 semanas e em crianças que ainda permaneçam

internadas por ocasião da idade da vacinação; a vacina contra influenza é indicada não somente a criança, mas também a seus familiares e comunicantes domiciliares, dentre outras peculiaridades específicas no contexto da prematuridade (BRASIL, 2012; SILVEIRA, 2012).

Em se tratando do uso de medicação após a alta, duas mães referiram realiza-lo, observadas a preocupação em medicar o bebê corretamente.

[...] Ela toma remédio ai eu tenho sempre o cuidado de dar no horário direitinho. De ir vacinar. (M1)

[...] Ele ficou tomando uma medicação que eu dava. A médica passou até 60 dias. Acho que era pra ele engordar. Não sei dizer o nome. (M3)

Os pais devem ser encorajados e treinados, antes da alta da criança, a ministrar toda a prescrição no domicílio, e esclarecidos sobre a importância de cada medicamento e sobre como reconhecer os potenciais sinais de toxicidade (PIRES, et. al, 2013).

Próximo ao momento da alta é preciso avaliar os medicamentos que a criança necessita e manter apenas o necessário. Os horários de administração devem ser revistos procurando reduzir a frequência, quando possível. A prescrição deve ser clara, legível e conter a concentração, a dose e a frequência de administração de cada medicamento. Considerando que alguns medicamentos são de difícil obtenção, a receita deve ser entregue aos pais alguns dias antes da alta para permitir que tenham tempo de providenciá-los (ALMEIDA, et. al 2012).

De acordo com Silveira (2012), as crianças prematuras e/ou de baixo peso ao nascer geralmente recebem a seguinte prescrição na alta hospitalar: Polivitamínico, Sulfato ferroso durante o primeiro ano de vida, Sulfato de zinco até seis meses de idade. Outros medicamentos podem ser necessários para a continuidade do tratamento iniciado durante a internação (anticonvulsivante, corticoide inalatório, diuréticos e digital são exemplos).

Em se tratando dos cuidados com o peso do RNPT e/ou de BP, emergiram as preocupações maternas com relação ao crescimento e desenvolvimento, principalmente com o ganho e manutenção do peso dos filhos, com também, com as intercorrências que eles venham a apresentar devido ao baixo peso.

[...] Os cuidados que agente faz com todo bebê. A diferença é que agente se preocupa com o peso, pelo fato dela ser prematura. Tem que recuperar logo, para ficar forte. E também, porque adoece fácil. Gripar. (M6).

De acordo com os estudos de Frota et. al (2013) a única referência significativa para as mães é se o bebê está ganhando peso, independente desse ganho ser o esperado. Para os pais de prematuros, a preocupação voltada para a sobrevivência do bebê após o nascimento e durante a hospitalização é substituída após a alta, pela manutenção da saúde. Isto se deve a percepção de que ainda há riscos para a saúde dele e que, mesmo obtida à estabilidade clínica, o RNPT pode apresentar intercorrências.

[...] Ela precisava ganhar peso. Eu sempre ficava insistido para ela mamar. (M5)

[...] Fico preocupada por que ela tem que comer para aumentar o peso. Antes me preocupava mais. (M4)

5.2.2 Categoria II: Orientações realizadas pela equipe de enfermagem quanto aos cuidados e seguimento do RNPT e de BP após a alta

Frota, et. al (2013) menciona cuidados relacionados à prematuridade que devem ser informados aos pais e/ou familiares durante o preparo para a alta, tais como: cuidados ao receber visita, estimular o bebê a sugar, manutenção da temperatura do bebê, evitar lugares úmidos e com aglomerados de pessoas, limpeza da casa com pano úmido, uso de medicações de acordo com a prescrição médica, importância do retorno das consultas, sinais de perigo para a saúde do bebê, pausar amamentação caso o bebê fique dispneico, entre outros. A equipe de saúde precisa está consciente da importância das orientações realizadas, visando promover saúde após a saída do hospital, pois o despreparo materno diante dos cuidados com o RN pode interferir de forma negativa na saúde do bebê, favorecendo o surgimento de diversas doenças associadas ao alto índice de mortalidade no primeiro ano de vida (OLIVEIRA, et. al 2013).

Por meio da análise dos discursos maternos foi possível identificar que as orientações quanto aos cuidados com o RNPT e/ou de BP prestadas pela equipe de enfermagem abordaram aos cuidados referentes à amamentação, pega e manuseio do RN, coto umbilical e prevenção de infecções.

De acordo com os estudos de Schmidt, et. al (2011), o incentivo e apoio ao aleitamento materno obtém maior destaque dentre as demais ações associadas às orientações de enfermagem. Sendo este, um fato positivo frente à importância deste cuidado. Neste sentido, com relação à amamentação foi possível identificar o estímulo dos profissionais de saúde neste sentido, como podemos observar nas seguintes falas:

[...] Elas me falaram sobre a amamentação. (M4)

[...] Recebi orientação em relação à amamentação. (M8)

[...] Na primeira mamada ele não conseguia pegar, por quer o peito tava muito cheio, ai elas me ajudavam. Todo dia elas me diziam como amamentar. (M2)

Toda a informação acerca dos cuidados com as mamas, estímulo e ambiente tranquilo para amamentar deve ser reforçada antes da alta, para garantia do adequado aleitamento materno. Os prematuros são em geral mais sonolentos, necessitando serem acordados para a amamentação. O período de mamada varia muito entre eles, devendo sempre ser observando intervalo de três horas entre as mesmas. (SILVEIRA, 2012).

[...] Eles me ensinaram tudo sobre a amamentação. Mas ela nem mamou muito. (M1)

Para o sucesso da amamentação exclusiva da criança prematura, são fundamentais a determinação e o desejo da mãe para amamentar, além da atuação efetiva dos serviços e dos profissionais de saúde em prol do aleitamento materno. O Ministério da Saúde preconizam a necessidade de ações e estratégias visando ao incentivo da prática de amamentação desde o pré-natal. Em conformidade com o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde o aleitamento materno evita mortes infantis, diarreia, infecção respiratória, diminui o risco de alergias, reduz a chance de obesidade, melhora a nutrição, pois o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o ótimo desenvolvimento da criança pequena, além de ser melhor digerido, quando comparado aos leites de outras espécies (BRASIL, 2012).

As orientações fornecidas devem ser concisas e de fácil compreensão, por meio de uma linguagem bem estruturada e documentada, acompanhadas por palestras, cartilhas ou manuais que as ajudem no cuidado diário, afim de não serem apenas assimiladas pelos pais, mas, sobretudo incorporadas ao cuidado domiciliar do recém-nascido após alta de forma a atender necessidades gerais e individualizadas (FROTA, et. al 2013).

Mediante os relatos maternos, também foi possível identificar orientações referentes aos cuidados com o coto umbilical e prevenção de infecções.

[...] Eles me ensinaram tudo sobre a amamentação. Como cuidar do umbigo dela. (M1)

[...] Só orientaram em relação ao umbigo pra limpar. Perguntaram sobre a amamentação. (M6)

[...] Elas me falaram sobre a amamentação. Do umbigo dela. Falaram que não podia colocar coisas, como moeda, fumo, essas coisa, por que infeccionava. (M4)

[...] Recebi em relação à amamentação. Falaram também sobre ter mais cuidado por que ele é mais frágil, pode adoecer. (M8)

Os pais precisam saber que os prematuros são imunodeprimidos e, portanto, suscetíveis a infecções. Sendo assim, alguns cuidados preventivos são fundamentais, tais como: manter o aleitamento materno, evitar ambientes fechados e aglomerados de pessoas, casa arejada, evitar contato com pessoas doentes, lavar as mãos antes de tocar na criança e antes de alimentá-la, higiene corporal adequada, lavar regularmente utensílios e roupas da criança e manter o esquema de vacinação em dia (SILVEIRA, 2012).

Em se tratando das orientações quanto à pega e manuseio do RNPT e de BP, foi observado apenas em um relato materno informações neste sentido.

[...] Eu ia ver ele lá no BI, e elas me ensinavam como pegar nele. (M3)

De acordo com Viera, et. al (2013) orientações quanto ao manuseio de RNPT e/ou de BP é reconhecidamente importante mediante os sentimentos envolvidos no contexto da prematuridade. As mães e ou familiares tendem a se sentirem receosas frente o baixo peso da criança, expressando sentimento de medo e insegurança quanto à pega.

O banho deve ser em local sem correntes de ar, sabonete neutro, secando a criança com toalha macia, evitar uso de óleos, talco e perfumes. A roupa necessita ser adequada ao clima local, evitando excessos de roupa, e aquecimento em demasia (SILVEIRA, 2012). Por meio da análise das falas das mães foi possível perceber orientações voltadas para a higiene da criança.

[...] Recebi orientação, sobre como dar banho. Como eu já sabia por que cuidava do meu irmão, precisei aprender pouca coisa em relação aos cuidados com criança menorzinha, prematura. Tomei um pouco de cuidado, como por exemplo, não usar todo tipo de shampu que não pode; usar pouco lenço umedecido. (M7)

Em conformidade com as falas das mães participantes deste estudo é possível identificar que uma percepção positiva sobre a equipe da UTIN e do ambulatório de seguimento, com discursos que denotam sensação de amparo por parte dos profissionais.

[...] Quando eu ainda estava lá eles já me orientavam, depois nas consultas as dúvidas iam aparecendo a médica me explicava direitinho. (M7)

O autor Schmidt, et. al (2011) destaca esse aspecto, pontuando que muitas mães de crianças prematuras superam seus medos a partir de uma maior interação com os profissionais de saúde. O conforto recebido dos profissionais de saúde é parte inerente do tratamento, uma extensão natural do cuidado do filho à família, registrado através das explicações, do acolhimento e do apoio nos momentos mais críticos do tratamento.

Apesar do reconhecimento acerca da importância da orientação referente aos cuidados com o RNPT e/ou de BP, que se observa, de acordo com Frota et. al (2013), é que algumas mães levam o bebê para o domicílio sem estarem preparadas para esta realidade. Estes aspectos intensificam a importância de fornecer aos cuidadores de prematuros as informações de forma a envolver a mãe no processo de aprendizagem, não apenas como receptora passiva de informações, mas, destacadamente, como sujeito ativo da educação.

Embora neste estudo tenham sido identificadas ações e iniciativas da equipe de enfermagem no preparo da família, diversos estudos referem diversas lacunas nesse processo, as quais precisam ser repensadas e supridas nas práticas de educação em saúde nas unidades neonatais. Em face dos temas abordados pelas mães entrevistadas, essa orientação deveria incluir, dentre outras abordagens, a instrução teórica e prática da mãe sobre o preparo e a administração de medicações, orientações sobre vacinação, bem como o estabelecimento, nas instituições hospitalares, de um fluxograma eficiente de referência e contra referência com as redes de apoio formais que acompanharão o prematuro após a alta (SILVA, et. al 2013).

Estudos evidenciaram que algumas mães não recebem orientações da equipe multiprofissional durante o período de internação acerca do cuidado que deve ser oferecido ao bebê no domicílio. Os autores Sassá e Marcon (2013), afirmam que as orientações e informações fornecidas aos pais e/ou familiares quanto aos cuidados com o RN, são desenvolvidas de forma restrita, limitadas e não tem acontecido de forma padronizada, existindo inúmeras dúvidas a respeito dos cuidados básicos com o bebê, além do medo de que o filho adoça e retorne ao hospital.

Reforçando a ideia que elas levam o bebê para o domicílio sem estarem preparadas para a nova realidade. Evidenciando a deficiência de estratégias voltadas para transmissão de informações e orientações para essa parcela da população em processo de alta hospitalar. Surgem assim questionamentos quanto à prestação destas orientações, se estas têm ocorrido de forma sistemática e planejada ou a possibilidade de fatores como ansiedade e estresse gerado na UTIN interferirem na aprendizagem das mães (OLIVEIRA, et. al 2013).

A comunicação e as relações interpessoais estabelecidas com as famílias de recém-nascidos prematuros devem ser tão valorizadas quanto o cuidado tecnológico nas UTIN. Não se deve apenas prover o melhor cuidado disponível para os recém-nascidos, mas também auxiliar as mães e familiares no processo de compreensão acerca da prematuridade. É importante que os profissionais de saúde percebam os diversos fatores envolvidos em cada contexto, reconhecendo os momentos crítico individualizados, pois é notável que cada família possua demandas específicas de cuidado além do amparo tecnológico ao filho recém-nascido (PIRES, et. al, 2013; ROCHA, 2013).

A organização do trabalho, elaboração de planos de cuidados para alta hospitalar, a criação de programas educacionais em unidades neonatais e a inserção de metodologias ativas com os pais são considerados ferramentas eficazes para a continuidade do cuidado no domicílio do RN prematuro. Tais medidas favorece melhor aprendizado das mães sobre a assistência que deverá ser prestada ao prematuro, fortalecendo o vínculo afetivo e diminuindo o sentimento de insegurança, muitas vezes apresentado pelos pais nessa situação (SASSÁ; MARCON, 2013).

O tema seguimento no contexto da prematuridade engloba tanto os aspectos sobre a continuidade da assistência após a alta hospitalar como todas as repercussões impostas pela prematuridade e o baixo peso ao nascer. Todo programa de seguimento da criança de alto risco, para ser bem sucedido, deverá ser iniciado durante a internação hospitalar. A importância do seguimento deve ser sempre enfatizada aos pais, desde a internação na unidade de tratamento intensivo neonatal e em todas as consultas após a alta. (SILVEIRA, 2012).

Em relação ao seguimento ambulatorial do bebê após a alta hospitalar, cinco das mães entrevistadas referiram terem sido realizados agendamentos do retorno para seus filhos. No entanto, quando indagadas em relação às orientações fornecidas quanto à importância e o por que de se estar realizando o seguimento do RN prematuro apenas nos relatos de duas mães podemos observar a ocorrência de tal orientação.

[...] Só disseram que era pra eu voltar lá toda semana por quer ela tava muito fraquinha. (M1)

[...] Quando eu ainda estava lá eles já me orientavam, depois nas consultas a dúvida que eu fosse apresentando a médica me explicava direitinho. (M7)

Apesar da presença em alguns relatos de mães em relação às orientações prestadas quanto o seguimento do RN, podemos observar a precariedade e escassez de informações frente à importância de tal assistência, principalmente nas primeiras semanas de vida do bebê prematuro e/ou de baixo peso, garantindo precocidade e continuidade no acompanhamento da criança e seu o acompanhamento recomendado até a idade escolar, incluindo avaliação cognitiva, com periodicidade bimensal até um ano de idade, quadrimestral até dois anos e semestral acima de dois anos (ALMEIDA, et. al 2012).

Após a alta hospitalar do RN prematuro, é recomendada a organização de um programa de seguimento, que priorize avaliação sistemática do tônus, avaliação neurológica, fundoscopia indireta binocular, avaliação visual, triagem auditiva, avaliação da maturidade sensoriomotor, avaliação do desenvolvimento e acompanhamento das necessidades da criança e da família, implicando em um seguimento sistematizado e interdisciplinar (VIEIRA, et. al, 2013).

Os cuidados às crianças de baixo peso ao nascer realizados no domicílio devem estar em conformidade com o seguimento realizado nos serviços de saúde. A vivência materna ao cuidar do filho nascido prematuramente e/ou com BP no domicílio durante o primeiro ano de vida após a alta hospitalar revelou ser permeada por desafios e decisões, necessitando de maior apoio por parte dos profissionais de saúde. No entanto como podemos observar na construção deste estudo bem como em outros, tal apoio profissional tem ocorrido de forma não padronizada e ineficaz comprometendo a real assistência da criança prematura em alta hospitalar.

De acordo com Pires, et. al (2013), a relação com do RNPT e/ou de BP e sua família nos serviços de saúde requer diálogo e interação, para um trabalho efetivo frente à complexidade do cuidado da criança no contexto da família. Diálogo e interação possibilitam conhecer o contexto social, cultural, econômico a qual estão inseridos e seus interesses e limitações, permitindo assim, aproximações das tomadas de decisões e dos mecanismos utilizados por esses sujeitos no enfrentamento das situações de vida vivenciadas.

Outro ponto a se destacar é que o seguimento do RNPT e/ou de BP egressa da UTIN e de sua família deve ser realizado para além do ambulatório de risco, sendo que o primeiro contato deve ser na primeira semana após alta hospitalar mediante visita domiciliária em que se avalia a adaptação da criança ao ambiente familiar e domiciliar (SCHMIDT, et. al, 2011).

5.2.3 Categoria III: Falta de orientação dos profissionais a respeito do seguimento e acompanhamento do RNPT e de BP pós-alta

Além da importância do diagnóstico e da terapêutica, visando tratamento, detecção precoce e redução da morbimortalidade, a criança e a família necessita de cuidados básicos, qualquer que seja a fragilidade ou o dano, requerendo atenção profissional, em especial da enfermagem, para estar junto no cuidar (VIEIRA, et. al, 2013).

De acordo com alguns relatos maternos, podemos identificar à precariedade e até mesmo a ausência da prestação de informações e conhecimentos direcionados as mães dos RNs em alta hospitalar a cerca do seguimento e o acompanhamento desta criança.

[...] Eles não me explicaram por que eu tinha que ficar fazendo consulta com ele, só disseram que eu tinha que ficar indo todo o mês e levar ele. (M2)

Podemos observar que as orientações basicamente se restringiram as informações referentes ao retorno desta criança ao serviço de saúde, mais claramente, retorno ao serviço ambulatorial, não havendo maiores esclarecimento e tão pouco, referência quanto ao acompanhamento concomitante na atenção básica de saúde.

O seguimento de crianças de baixo peso ao nascer, não se limita aos ambulatórios especializados, mas compreende também o acompanhamento na rede básica de serviços ou em visitas domiciliares, constituindo suporte formal para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Viera et. al (2013) acrescenta que, o seguimento inclui, ainda, busca ativa das crianças, visitas domiciliares com maior duração e retornos ao domicílio para acompanhar e buscar compreender os vários aspectos vivenciados pela mãe, pela criança e pela família.

Comprendemos ser de extrema importância programas de acompanhamento sistematizado dessas crianças, objetivando o suporte familiar, atenção continuada, avaliação e identificação precoce de riscos e danos.

Os profissionais de saúde, em particular a enfermagem, têm possibilidades de construir uma prática de saúde com relações de proximidade, acolhimento e de interação,

proporcionando melhoria na qualidade do cuidado. O entendimento é de que cada vez mais precisamos desenvolver o cuidado e a atenção, não oferecendo apenas reabilitação e tratamento, mas a prevenção dessa vulnerabilidade e promoção da saúde da criança, nos aproximando mais do cuidado cotidiano, estabelecendo canais de comunicação e sendo atuantes no cuidar dessas famílias (PIRES, et. al, 2013).

5.2.4 Categoria IV: Realização e não realização do acompanhamento da criança PT e/ou de BP após a alta

Os RNPTs e de BP apresentam características anatômicas e fisiológicas singulares que requerem uma adaptação complexa, necessitando de uma assistência de suporte adequado para facilitar essa adaptação, não sendo restrito ao momento de hospitalização ou ao preparo para alta, mas sim na ampliação desse cuidado além do espaço hospitalar, objetivando a sobrevivência desses bebês com qualidade. O seguimento recomendado desse grupo tem seu início na UTIN e continuidade após a alta hospitalar, com avaliações sistemáticas do crescimento e desenvolvimento, prevenção de riscos e danos, nos diversos níveis de atenção à saúde (SILVEIRA, 2012).

Em conformidade com os relatos maternos, observamos que o acompanhamento ambulatorial tem sido realizado no próprio serviço onde os RNs receberam alta hospitalar, de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, por meio da terceira etapa do Método Canguru.

[...] Fiquei sendo acompanhada no ISEA mesmo. Era consulta normal. Começou eu indo com ele de 8 em 8 dias por que ele era pequenininho. Depois foi de 15 em 15 dias. Depois os médicos de lá entraram de greve. Ultimamente ele ficou indo de mês em mês, e agora já acabou não preciso leva-lo mais não. A vacinação estar em dias, agora só vai tomar com 1 ano. (M7)

De acordo com Silva et. al (2013) a continuidade do cuidado à saúde do prematuro em alta hospitalar pode ser realizado mediante a implantação do Método Canguru, que na terceira etapa contempla o acompanhamento de bebês de risco em ambulatório especializado, vinculado a UTIN. No entanto, a principal dificuldade desta assistência é o fato de poucos municípios em nosso país utilizarem essa estratégia, neste caso, as crianças são inseridas na rede de Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto o ideal seria que o seguimento de RNPT

e BP fossem realizados tanto no ambulatório especializado quanto nos serviços de APS (BRASIL, 2012).

Apesar de algumas mães participantes do estudo, relatarem não fazerem e não terem feito o acompanhamento ambulatorial do seu filho à maioria referiu tê-lo realizado.

[...] Ele ainda se consulta com a médica dele lá no ISEA. (M2)

[...] Todo mês eu levo pra o ISEA mesmo. Que minha cunhada trabalha lá e arrumou pra mim. (M4)

As consultas de seguimento ambulatorial devem ser tão frequentes quanto aos momentos de avaliação na atenção primária a saúde, ou seja, a realização de uma não exclui o desenvolvimento da outra, devendo ser organizadas de forma que a criança faça uma avaliação global e conjunta com a equipe multiprofissional (SILVEIRA, 2012).

[...] Tenho feito com o médico daqui do posto e no ISEA. No ISEA é porque a médica tem que ver ela, se está tudo direitinho. Ela faz fisioterapia lá. (M1)

É importante informar a mãe cuidadora do RN da necessidade do acompanhamento especializado, a fim de atender as necessidades específicas e individuais do bebê. De acordo com Silveira (2012) o acompanhamento fisioterápico, se indicado, deve ser mantido durante todo o primeiro ano de vida do prematuro ou mais.

Durante alguns relatos podemos observar a deficiência de conhecimento materno quanto à realização do acompanhamento e dos procedimentos desenvolvidos com o bebê, ou seja, apesar de terem a percepção da necessidade de se realizar o acompanhamento do RN, pois assim o fazem, não possuem informações a cerca da necessidade deste.

Podemos observar a importância dos laços de confiança estabelecidos entre os profissionais e familiares, onde em um dos relatos a mãe referiu ter interrompido o acompanhamento pelo fato do profissional que o realizava ter se afastando do serviço.

[...] O acompanhamento tava sendo lá no ISEA. Faz um mês que ela não é atendida. Tiraram a médica que cuidava dela, foi afastada do setor. Disseram que quando chegasse médico ligavam pra mim. Mas eu vou ficar fazendo acompanhamento no posto daqui (M5)

O vínculo entre a equipe multidisciplinar com as famílias e/ou cuidadores do pré-termo é fundamental para minimizar as falhas às consultas de seguimento (SILVEIRA, 2012).

[...] No posto eu não sei por que ela tem que ficar fazendo esse acompanhamento, acho que ela não se recuperou ainda. (M1)

[...] Eu vou lá ao posto fazer a vacina dele. (M2)

Em relação ao acompanhamento desenvolvido na atenção básica podemos perceber que este não tem sido dado a real importância que tal assistência representa. Nos relatos observamos a percepção das ações da Unidade Básica de Saúde como espaço destinado apenas a vacinação, revelando deficiência quanto ao conhecimento das ações desenvolvidas neste serviço. Além do mais, durante as entrevistas foram mencionadas situações direcionadas para a importância na relação entre os serviços da USB e a família, por meio da insatisfação no atendimento e falta da presença do profissional de saúde ou deficiências no funcionamento da unidade.

De acordo com o presente estudo foi possível identificar diferentes fatores envolvidos com a não realização do acompanhamento do RN após a alta hospitalar. Dentre estes fatores destaca-se, a falta de conhecimento da importância e do por que da realização de tal assistência, localização e situação econômica familiar, sobrecarga materna em relação a outras atividades e filhos, ausência de auxílio familiar, entre outros. É o que podemos observar nos relatos maternos a seguir:

[...] Não teve acompanhamento no ISEA. No posto só foram feitas as vacinas. (M3)

[...] Não fui mais ao ISEA não. Acho até que era pra ter ido, mas não fui. Fica difícil, não posso deixar os outros sozinhos, e é longe demais. (M6)

Foi observado no estudo de Gubert, et. al (2012) que após a alta do hospital a mãe não mantém contato com os profissionais de saúde da Atenção Básica ou do hospital.

[...] Ele não precisou. Era para ele ir ao ISEA, mas não o levei. Dar muito trabalho ir daqui para lá com ele. É longe e sou sozinha, não tenho com quem deixar os outros meninos. (M8)

O que se observa é que o acompanhamento dessa população após a alta hospitalar ainda é limitado tanto no que se refere ao conhecimento da evolução dessas crianças, como

das intervenções voltadas às suas peculiaridades e de sua família, havendo uma lacuna na atenção interdisciplinar para os distúrbios de desenvolvimento após a alta hospitalar (VIERA et. al, 2013).

Outro fato identificado referente à realização do acompanhamento é que algumas o fazem por serem coagidas a fazerem e não pelo fato de serem esclarecidas e informadas quanto a sua importância. Apesar de termos conhecimentos das dificuldades envolvidas com o acompanhamento eficaz do RN, podemos observar a falta de dialogo e esclarecimento sobre a necessidade do acompanhamento, utilizando-se de outras ferramentas para alcançar a busca do usuário ao serviço.

[...] Eu levo para o posto por causa do Programa Bolsa Família, mas é sempre um muído danando, fica sem médico. (M4)

A falta de acesso as unidades básicas de saúde junto às famílias promove o surgimento de dúvidas e dificuldades quanto ao próprio funcionamento do serviço, comprometendo o acompanhamento do RN após a alta. Favorecendo dúvidas em fazer ou não o acompanhamento e seguimento da criança (PIRES, et. al, 2013).

Partindo do ponto que o sistema brasileiro de saúde organiza-se sob a lógica da hierarquização e regionalização dos serviços, desde os níveis de atenção básicos para os níveis de maior complexidade, os serviços de referência e contra referência devem ser implementados pelos profissionais nas diferentes instituições de saúde. No entanto, não é o que vem se observando em diversos estudos desenvolvidos neste sentido. Nota-se a fragilidade existente, fruto da inexistência de contra referência da unidade hospitalar para as UBS, ocasionando até mesmo a falta de conhecimento dos serviços básicos de saúde da alta do RNPT e/ou BP (BRASIL, 2011; PIRES, et. al, 2013).

De acordo com o que preconiza as políticas públicas de atenção à saúde da criança, os serviços de saúde da rede de atenção básica devem acompanhar todo RN desde seu nascimento, envolvendo o seu processo de crescimento e desenvolvimento, atuando de forma constante e efetiva, a fim de serem detectados precocemente os possíveis danos a saúde desta população e promovidas ações específicas a fim de minimizar os agravos a que essas crianças estão sujeitas. Entre essas ações, são elementos efetivos a vigilância à saúde da criança de risco e a programação de visitas domiciliares, importante ferramenta a ser utilizada para estabelecer uma aproximação entre usuários e serviços de saúde (BRASIL, 2011; PIRES et. al, 2013).

No entanto, observa-se em certos casos que a responsabilidade de inserção no serviço é exclusiva da família (usuário), uma vez que a busca ativa pelas unidades de atenção a saúde, não ocorre como uma rotina, apesar de serem a integralidade do cuidado e a estratégia de busca, parte das diretrizes políticas da atenção básica à saúde da criança em nosso país (VIERA, et. al, 2013).

De acordo com Schmidt, et. al (2011), essas recomendações não são encontradas de forma programática, visto que os serviços de saúde não apresentavam um protocolo de atendimento específico ao RN de risco egresso da UTIN, não contemplando diversas medidas de apoio a sua saúde, ficando a cargo da família destes a responsabilidade pela busca dos serviços de saúde para o seguimento da saúde de seu filho.

5.2.5 Categoria V: Concepção materna em relação à importância do acompanhamento da criança PT e/ou de BP após a alta

De acordo com algumas falas maternas podemos perceber o conhecimento da importância do seguimento do RNPT e/ou de BP após a alta hospitalar.

[...] Faço porque é importante. Tenho que cuidar dela direitinho pra ela não adoecer e por causa da vacina. (M1)

[...] É importante fazer o acompanhamento por quer se ele tiver com alguma doença, cuida logo. (M2)

No entanto, apesar das mães demonstrarem conhecer a importância dos serviços de seguimento e acompanhamento da criança, podemos notar em outros relatos que elas parecem desconhecer em real os objetivos deste serviço e sua importância quanto à promoção e prevenção da saúde destas crianças.

[...] É importante fazer as consultas, mas ele não teve nada. Nem precisou. (M8)

Em tal relato, a mãe parece não saber que o seguimento da criança se faz mesmo quando a criança não apresente sinais de doenças. Observa-se a cultura do cuidar da doença e não da prevenção do ser sadio. Tem-se a impressão que ela perdeu tempo levando o filho ao serviço. esta atitude também contribui para que os cuidados não sejam direcionados da forma correta, pois a falta de conhecimento ajuda a não sentir falta destes e ao não surgimento de questionamentos neste sentido.

Desse modo, reforça-se a premissa de que a atuação eficaz dos profissionais de saúde junto à família dos RNs em alta hospitalar constitui uma estratégia fundamental para detectar precocemente possíveis complicações na saúde dessa população de risco. Para garantir maior segurança no atendimento destes bebês, os profissionais de saúde devem estar capacitados para assistir o prematuro em suas necessidades, priorizando a busca ativa precoce dos RNPTs e de BP, egressos das unidades neonatais (SCHMIDT; HIGARASHI, 2012).

No entanto, corroborando outros estudos e os relatos das famílias, o acolhimento da criança/família nos serviços de saúde tem acontecido de forma fragmentada. Os pais e/ou familiares participam desse processo quando se encorajam e/ou questionam o profissional acerca de suas dúvidas ou solicitam procedimentos de rotina para os serviços especializados que fazem parte do seguimento do egresso da UTIN. Dessa forma, partindo das limitações e desconhecimento dos familiares a cerca dos cuidados ideais ao RN prematuro e de baixo peso ao nascer e ausência de apoio eficiente dos profissionais de saúde, a assistência a esta criança se torna precária e muitas vezes ineficaz, favorecendo o aparecimento de doenças ou agravo de outras já existentes (PIRES et. al, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer aspectos ligados ao cuidado e seguimento do RNPT e de BP no período após a alta hospitalar e suas relações com os serviços de saúde.

Pode-se constatar a dificuldades encontradas pela da família quanto ao cuidado da criança prematura no domicílio, devido à falta de assistência voltada a essas famílias para alta. Identificamos a necessidade de articulação entre os níveis de atenção à saúde, para o cuidado adequado a essas crianças. A não existência de referência e contra referência efetiva dificultou a integralidade do cuidado à saúde desta população e de seus familiares. Para tanto, é preciso que haja um funcionamento adequado e articulado entre os serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde, pautado na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de forma indissociável, a fim de atender às necessidades de saúde dos referidos usuários.

Assim, o profissional responsável pelo ato de cuidar e os serviços de saúde devem desenvolver ações visando o acolhimento, assistência e orientações adequadas. Dentre as ações propostas, destaca-se a padronização de orientações referentes ao cuidado e seguimento do RN após a alta, respeitando a individualidade de cada um, visando a não omissão ou fragmentação de informações frente a determinado cuidado. Elaboração de um protocolo de ações de enfermagem para as mães e familiares nos domicílios, incluindo a visita domiciliar e a disponibilidade da enfermeira para esclarecimento de dúvidas, como também o desenvolvimento de cuidados em conjunto com as mães, ao invés de serem apenas transmitidas informações, muitas vezes não compreendidas por essas. Confecção de cartilha didática e ilustrativa também poderia ajudar no reforço das informações a serem repassadas aos pais e familiares, além da iniciativa política local para a implantação da terceira etapa do Método Canguru, o ambulatório de seguimento (*follow-up*), a fim de que a criança seja acompanhada em seu crescimento e desenvolvimento segundo a recomendação do próprio método.

É necessário, portanto, aprofundar os conhecimentos acerca do seguimento da criança PT e/ou de BP em alta hospitalar para que se possa proporcionar cuidado adequado, voltado às necessidades específicas e à realidade das práticas de saúde nos serviços de atenção à saúde de que a criança e sua família dispõem.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, L. S. et. al. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 65(4): 571-7, 2012.
- ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. Experiência da família ao conviver com sequelas decorrentes da prematuridade do filho. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 63(4): 595-602. 2010.
- BENGOZI T. M. et. al. Uma rede de apoio à família do prematuro. **Cienc Cuid Saude**. v. 9, n. 1, pp.155-160, 2010.
- BRAGA, P. P., ALMEIDA, C. S., LEOPOLDINO, I. V. Percepção materna do aleitamento no contexto da prematuridade. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2(2):151-158, 2012.
- BRANQUINHO, F. S., PIRES, L. P. **Estudo exploratório das informações recebidas pelas mães de recém-nascidos egressos de UTI neonatais de juiz de fora**. 2010. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. **Relatório Nacional de Acompanhamento. Reduzir a mortalidade na infância**. Presidência da Republica, Brasília 2010.
- _____. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. **Manual de Gestão de Alto Risco**. Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana de Saúde. – 3ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.

Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. **Situação mundial da infância**. 2012.

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. São Paulo : Globo, 2011.

ROCHA, Bruna Lira. **A comunicação em enfermagem como instrumento no cuidado ao recém-nascido em fototerapia**. Cuité, 2013. P.72 Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campus Cuité – PB, 2013.

CARDOSO, S. N. M. et. al. Desafios e estratégias das enfermeiras na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Rene. Fortaleza**. v. 11, n. 4, pp. 76-84, 2010.

CASTRO M. P.; RUGOLO, L. M. S. S.; MARGOTTO, P. R. Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. v.34, n.5, Rio de Janeiro, 2012.

CLÁUDIA SOFIA LUÍZ TEIXEIRA. Prematuridade tardia e qualidade de vida. 2011.

CHIODI, L. C.; et. al. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. **Acta Paul Enferm**. 25(6):969-74, 2012.

COELLI, A. P.; NASCIMENTO, L. R.; MILL, J. G.; MOLINA, M. D. C. B. Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2):207-218, 2011.

COSTA, E. L.; SENA, M. C. F.; DIAS, A. Gravidez na adolescência – determinante para prematuridade e baixo peso. **Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1:S183-S188**, 2011.

COSTA, M. C. G., ARANTES, M. Q., BRITO, M. D. C. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Rev. Eletr. Enf**. v. 12, n. 4, pp. 698-704, 2010.

CZECHOWSKI, A. E.; FUJINAGA, C. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**.;15(4):572-7,2010.

DAMATTA, R. **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 5 ed. Rio de Janeiro, 1997.

DUARTE, A. S. et. al. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 3, pp. 162-170, 2010.

EMILIA A. M; et. al. Associação entre tempo de internação e evolução do estado nutricional de crianças internadas em um hospital universitário. **Demetra**; 8(2); 103-114, 2013.

FLECK, A. **O bebe imaginário e o bebe real no contexto da prematuridade**. Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Psicologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Porto Alegre, 2011.

FONSECA E. L., MARCON S. S. Percepção de mães sobre o cuidado domiciliar prestado ao bebe nascido com baixo peso. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 1, pp. 11-7, Brasília, 2011.

- FRELLO A. T., CARRARO T. E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 3, pp. 514-21, 2012.
- FROTA, M. A. et. al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc Anna Nery**. 17 (2):277-283, 2013.
- GRAVENA, A. A. F. et. al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paul Enferm**. 26(2):130-5, 2013.
- GUBERT, J. K.; et. al. Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após a alta. **Cienc Cuid Saude**. 11(1):146-155, 2012.
- LÉLIS, A. L. P. A.; MACHADO, M. F. A. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Educação em saúde e a prática de enfermagem ao recém-nascido prematuro. **Rev. Rene. Fortaleza**. v. 10, n. 4, pp. 60-69, 2009.
- MAIA J. A. et. al. Método Canguru: a importância da família na recuperação do recém-nascido de baixo peso. **Enfermagem em Foco**, n. 2, n. 4, pp. 231-234, 2011.
- MADI, J. M. et. al. Avaliação dos fatores associados à ocorrência de prematuridade em um hospital terciário de ensino. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56 n. 2, pp.111-118, 2012.
- MARQUES, E. P. Infância e políticas públicas: a intersetorialidade como estratégia de atenção integral à saúde da criança. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16 n. 1, pp. 107-120, 2010.
- MARTINS, E. L.; et. al. Caracterização de recém-nascidos de baixo peso internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UFSM**, 3(1):155-163, 2013.
- MARTINS, C. F. et. al. Unidade de terapia intensiva neonatal: o papel da enfermagem na construção de um ambiente terapêutico. **R. Enferm. Cent. O. Min**. v. 1, n. 2, pp. 268-276, 2011.
- MELO, L. M., et. al. Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta. **Rev Rene**. 14(3):512-20, 2013.
- MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul Enferm**, 22(1):24-30, 2009.
- MORAIS, A. C., QUIRINO, M. D.; CAMARGO, C. L.. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.**;14(3):654-62, 2012.
- MONTANHOLI, L. L.; MERIGHI, M. A. B.; PINTO DE JESUS, M. C. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v. 19, n. 2, 2011.
- MOTA, F. R. A vivência do desamparo e a busca de apoio social no contexto da extrema prematuridade. 2013.
- OLIVEIRA, Denize Cristina. **Análise de conteúdo temático-categorial**: uma proposta de sistematização. Ver. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 16(4):569-76. 2008

- OLIVEIRA K., ORLANDI M. H. F., MARCON S. S. Percepções de enfermeiros sobre orientações realizadas em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 12, n. 4, pp. 767-75, 2011.
- OLIVEIRA ROSA, M, K.; GAÍVA, M. A. M. Qualidade na atenção hospitalar ao recém-nascido. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 1, pp. 159-165, 2009.
- PAULA MICHELE LOHMANN. O ambiente de cuidado em UTI neonatal: a percepção dos pais e da equipe de saúde. 2011.
- PIRES, L. P.; et. al. Estudo exploratório das informações recebidas pelas mães de recém-nascidos egressos de unidades de terapia intensiva neonatal de juiz de fora. **Rev APS**. 16(1): 10-19, 2013.
- RODRIGUES, O. M. P. R.; SILVA, A. T. B. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.**; 21(1): 111-121, 2011.
- ROZARIO, S.; B., ALEXANDRE S.; KALE, P. L.; FONSECA, S. C.. Série temporal de características maternas e de nascidos vivos em Niterói, RJ. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 13 (2): 137-146 abr. / jun., 2013.
- SASSÁ, et. al. 2011 Bebê de risco: acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida. **Acta Paul Enferm**; v. 24, n 4, pp. 541-9, 2011.
- SASSÁ, A. H., MARCON, S. S. Avaliação de famílias de bebês nascidos com muito baixo peso durante o cuidado domiciliar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 22(2): 442-51, 2013.
- SCHMIDT, K. T. et. al. Avaliação da assistência de enfermagem em unidade neonatal na perspectiva dos pais. **Cogitare Enferm**. v. 15, n. 3, pp. 460-6, 2010.
- SCHMIDT, K. T. et. al. Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12 n.4, pp. 849-58, 2011.
- SILVA R. V. G. O; RAMOS, F. R. S. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20 n. 2, pp. 247-54, 2011.
- SILVA, L. J. et. al. O ambiente da unidade neonatal: perspectivas para o cuidado de enfermagem no método canguru. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7 n.2, pp.n537-45, fev., 2013.
- SIQUEIRA, M. B. C., BASTOS DIAS, M. A. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20 n. 1, pp. 27-36, 2011.
- SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 2, pp. 471-480, 2010.
- SOARES, D. S. CUNHA J. X. P. Adesão ao pré-natal e prematuridade: análise documental entre recém-nascidos de uma UTI. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 3, pp. 501-507, 2012.

SOARES, D. C.; et. al. Faces do cuidado ao prematuro extremo no domicílio. **Cienc Cuid Saude**, 9(2):238-245, 2010.

SIQUEIRA, M. B. C.; DIAS, M. A. B. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 20(1):27-36, 2011.

VETTORE, M. V.; et. al. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 13 (2): 89-100 abr. / jun., 2013.

VIDAL, M. Alta Hospitalar e Reinternação de Bebê Prematuro: uma Reflexão sobre o Acesso aos Serviços de Saúde. **Mental**, n. 17, pp. 537-558, Barbacena-MG, 2011.

VIERA C. S., MELLO D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, pp. 74-82, 2009.

VIERA, C. S. et. al. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 1, pp. 11-9, 2010.

VIERA, C. S., RECH, R., OLIVEIRA, B. R. G.; MARASCHIN, M. S. Seguimento do pré-termo no primeiro ano de vida após alta hospitalar: avaliando o crescimento ponderal. **Rev. Eletr. Enf.** 15(2):407-15, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Esta pesquisa, intitulada: Cuidados e seguimento do recém-nascido prematuro e de baixo peso após a alta, está sendo desenvolvida por Aline Araújo de Oliveira, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, sob a orientação da Professora MsC. Maria Benegelania Pinto. A mesma apresenta o seguinte objetivo geral: Compreender como acontecem o seguimento e os cuidados do RNPT e/ou BP pelos pais e ou familiares após a alta; e objetivos específicos: caracterizar o perfil de neonatos egressos da UTIN do ISEA no último trimestre de 2012; identificar quais foram às informações e/ou orientações realizadas pela equipe de enfermagem aos pais e/ou familiares com relação aos cuidados e seguimento do RNPT e de BP após a alta; averiguar se as orientações realizadas pela equipe de enfermagem quanto aos cuidados e seguimento do RNPT e de BP durante a internação hospitalar têm sido realizadas pelos pais e ou familiares no domicílio.

A realização dessa pesquisa só será possível com a sua participação, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma. Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista, o senhor (a) responderá a algumas perguntas sobre dados, os mesmos farão parte de uma pesquisa, podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A pesquisa será realizada em duas etapas: a primeira será desenvolvida por meio de um questionário fechado aplicados aos prontuários, contendo questões objetivas e a segunda será realizada através de entrevista semiestruturada desenvolvida com pais e/ou familiares de RNPT e de BP em seu domicílio, contendo questões objetivas e subjetivas. Para coleta das entrevistas será utilizado aparelho de MP3 player.

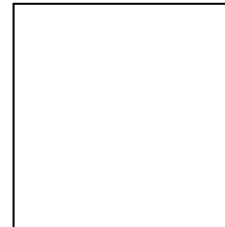
A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. Não haverá pagamento por sua participação nesta pesquisa assim como, também não terá gastos neste estudo.

Se desejar, poderá entrar em contato com o responsável pela pesquisa, Maria Benegelania Pinto, endereço profissional: Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde – CES, Rua: Olho D’Água da Bica S/N Cuité – Paraíba – Brasil, CEP: 58175-000, e-mail: benegelania@yahoo.com.br, fone: 83 33721954, ou se desejar também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, fone: 83 210115545.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu, _____,

RG: _____, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma copia desse documento assinado por mim e pela pesquisadora.



Assinatura do participante/ testemunha

Assinatura Dactiloscópica

Pesquisador Responsável: _____
(Maria Benegelania Pinto. Professora da UFCG, *Campus* Cuité-Pb. Endereço profissional: Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde – CES, Rua: Olho D’Água da Bica S/N Cuité – Paraíba – Brasil, CEP: 58175-000, e-mail: benegelania@yahoo.com.br, fone: 83 33721954).

Pesquisador Colaborador: _____
(Aline Araújo de Oliveira. Discente do curso de enfermagem da UFCG, *Campus*-Cuité-Pb. E-mail: alinearaujo00@hotmail.com, fone: 83 96239657).

Cuité, ____ de _____ de 2013.

APÊNDICE B - Questionário

Nº do prontuário: _____ Data: _____ Protocolo: _____

Dados da Mãe:

Idade: _____ Cor: _____ Naturalidade: _____

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____

Local de residência: Campina Grande () Outro Município ()

Endereço: _____

Antecedentes Familiares: Pré-maturo () Baixo-peso ()

Se sim, qual o parentesco com a mãe: _____

Antecedentes Peri e Pré-natais

A mãe ingere bebida alcoólica? () Sim () Não () Às vezes

A mãe fuma? () Sim () Não

A mãe utilizou algum medicamento durante a gestação? () Sim () Não

Qual? _____

A mãe fez pré-natal? () Sim () Não Número de consultas: _____

A mãe tomou vacina para rubéola? () Sim () Não

A mãe teve rubéola durante a gravidez? () Sim () Não

Infecção na gravidez: () Sim () Não Se sim, qual? _____

Gestações: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Natimorto: _____ Nascidos vivos: _____

Tipo de parto: () Vaginal () Cesáreo

Fôrceps: () sim () não

Complicação no parto: () Sim () Não

Dados da Criança

Nome: _____

Data de Nasc.: : ____/____/____

() A termo () Pré- termo () Pós- termo

Semanas ao nascimento: USG _____ DUM: _____

Mal formação: _____

Infecção ao nascer: _____

A criança usou incubadora de oxigênio? Sim () Não ()

Quanto tempo: _____

Peso ao nascer: _____ Peso na alta: _____

Sexo: M () F ()

APGAR: a. 5m: _____ b. 10m: _____

Admissão: ____/____/____

Tempo de Internação: _____

Alta: ____/____/____

Diagnóstico na alta hospitalar: _____

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista

Parentesco: _____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado Civil: () casado(a) () solteiro(a) () viúvo (a) () outro

Escolaridade:

Ensino fundamental: () completo () incompleto

Ensino médio: () completo () incompleto

Ensino superior: () completo () incompleto

Profissão/ ocupação: _____

Outros filhos: () sim Quantos: _____

() não

Renda familiar:

() Até 1 salário mínimo

() 1,1 a 3 salários mínimos

() 3,1 a 5 salários mínimos

() acima de 5,1 salários mínimos

1. Como foi para você cuidar do seu filho após a alta?
2. Quais os cuidados que você realiza com o seu filho no domicílio?
3. Você teve alguma dificuldade ao cuidar do seu filho após a alta? Quais foram? A que você atribui tais dificuldades?
4. Você recebeu informações/orientações da equipe de enfermagem sobre os cuidados e seguimento do seu filho após a alta? Quais foram?
5. Como eram realizadas estas orientações?
6. Você tem realizado o acompanhamento da criança no serviço de saúde? Se sim, onde e por que o faz?
7. Fale sobre as implicações de ter uma criança PT e ou BP?

ANEXOS

ANEXO A- Termo de compromisso do pesquisador responsável

Por este termo de responsabilidade, eu Maria Benegelania Pinto, abaixo assinado, responsável pela pesquisa intitulada: Cuidados e seguimento do recém-nascido prematuro ou baixo peso após a alta, assumo cumprir, fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgadas pelo Decreto nº. 93 833, 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmo, igualmente, minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por período de cinco anos após o término desta.

Cuité, _____ de _____ de 2013.

Autor (a) da pesquisa

Orientador (a)

ANEXO B - Termo de autorização

Eu, Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade, Coordenadora do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: Cuidados e seguimento ao recém-nascido pré-maturo e de baixo peso após a alta, que será realizada no instituto de saúde Elpídio de Almeida (ISEA), tendo como orientadora a Prof^ª MsC. Maria Benegelania Pinto e coorientação da professora Esp. Nathanielly Cristina C. de Brito Santos e pesquisadora Aline Araújo de Oliveira, acadêmica deste curso no Campus Cuité-PB.

Cuité, ____ de _____ de 2013.

Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade

Coordenadora do curso de Bacharelado em Enfermagem