

CURSO DE ENFERMAGEM

Diana Regina Wander

**REDE DE SUPORTE SOCIAL DE FAMÍLIAS DE BEBÊS PREMATUROS**

Santa Cruz do Sul  
2017

Diana Regina Wander

## **REDE DE SUPORTE SOCIAL DE FAMÍLIAS DE BEBÊS PREMATUROS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Enf<sup>ª</sup>. Dra. Aline Fernanda Fischborn

Santa Cruz do Sul

2017

Diana Regina Wander

## **REDE DE SUPORTE SOCIAL DE FAMÍLIAS DE BEBÊS PREMATUROS**

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

*Prof<sup>a</sup> Enf. Dra. Aline Fernanda Fischborn*  
Prof<sup>a</sup> Orientadora

*Prof<sup>a</sup> Enf. Ms. Maristela Soares de Rezende*  
Participante da banca de avaliação

*Prof<sup>a</sup> Enf. Dra. Rosylaine Moura*  
Participante da banca de avaliação

Santa Cruz do Sul  
2017

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes cinco anos de universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

Um agradecimento especial aos meus pais, Hilton e Neusa Wander, pelo amor, incentivo, confiança e apoio incondicional. Eu amo vocês!

Aos meus irmãos Daiana e Joel, que nos momentos de minha ausência dedicados aos estudos, sempre me fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente, obrigada por me colocarem em suas orações me desejando sucesso.

Muito obrigada Guilherme, meu amigo, companheiro e namorado, que me acompanha desde o início da graduação, me incentivando e apoiando.

Ao meu avô paterno “In Memoriam” por cada ensinamento, pelo exemplo de ser humano, pela preocupação e por cada abraço, a ti meu eterno respeito, carinho e admiração. Muito obrigada.

Agradeço a todos os professores, que se dedicaram, e se colocaram a disposição, e com muito amor nos proporcionaram o conhecimento não somente teórico, mas também a manifestação do caráter, ética e afetividade da educação no nosso processo de formação profissional. Fizeram com que a cada dia eu me apaixonasse mais e mais pela Enfermagem, tendo a certeza de estar no caminho certo. Desta forma todos tem minha total admiração tanto como profissionais, como quanto pessoas. Sem nominar ninguém, terão os meus eternos agradecimentos.

Às minhas professoras orientadoras, Aline Fernanda Fischborn e Maria Salette Sartori. Que abraçaram esse sonho comigo, e me auxiliaram nessa reta final que foi tão importante, obrigada de coração pela oportunidade, suporte, pelas correções, paciência, e por todos os ensinamentos que foram fundamentais para a elaboração deste trabalho.

Agradeço a esta Universidade Santa Cruz do Sul, por proporcionar um ambiente criativo, calmo, amigável para os estudos. Sou grata a cada membro do corpo docente, direção, administração e o departamento de Enfermagem, que contribuíram para a realização deste sonho.

Sou muito grata às amigas que fiz nestes cinco anos, algumas momentâneas e passageiras, mas, que ficaram marcadas, já outras que quero levar para a vida toda. Amigos de coração que estiveram comigo desde o primeiro dia de aula, até o último minuto. Obrigada pela companhia de todos os dias, pelo chimarrão nas aulas, pelas tardes na biblioteca, pelo

suporte, pelas risadas, pelo ombro amigo, por dividir os medos das provas práticas, pelos aniversários que não pude passar com minha família, enfim são tantos momentos vividos e compartilhados que tem amigo que virou família.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

Sou muito grata pela vida e por cada oportunidade oferecida!

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar o perfil de famílias egressas hospitalares que tiveram bebês prematuros; conhecer a rede e suporte social destas; descrever as ações realizadas pela rede e assim propor estratégias de cuidado de enfermagem junto à família e a rede. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Os sujeitos da pesquisa foram cinco famílias residentes no município de Santa Cruz do Sul, egressas da UTI neonatal, da Rede Pública de saúde do município. A coleta de dados foi a partir de entrevista semiestruturada. A análise foi realizada a partir de mapas de associação de ideias. Os resultados indicam que as cinco famílias entrevistadas, tem uma rede de suporte social, onde a família está ativamente presente nos cuidados com o bebê prematuro, sendo relacionada ao suporte emocional/afetivo, como também no suporte em atividades domésticas. Diante disso é possível concluir que as famílias tem todo o amparo necessário, tanto da família quanto da enfermagem, onde depositam total confiança.

**Palavras-chave:** Prematuridade. Políticas de Atenção. Rede de Apoio. Suporte Social.

## **ABSTRACT**

The objective of this study was to identify the profile of hospitalized families who have had premature babies; to know the network and social support of these, to describe the actions carried out by the network and thus propose nursing care strategies with the family and the network. It is a qualitative, descriptive and exploratory research. The subjects were five families living in the city of Santa Cruz do Sul, egress from the Neonatal Intensive Care Unit (UTI in Portuguese), from the Public Health Network of the Municipality. Data collection was based on a semi-structured interview. The analysis was carried out from association maps of ideas. The results indicate that the five families interviewed have a social support network where the family is actively involved in the care of the premature baby, being related to emotional/affective support, as well as support in domestic activities. Therefore it can be concluded that families have all the necessary support, both family as nursing, in which they place total trust.

**Keywords:** Prematurity. Attention Policies. Network Support. Social Support.

## **LISTA DE QUADROS**

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 – Perfil das mães entrevistadas                        | 19 |
| Quadro 2 – Perfil dos bebês prematuros que compuseram a amostra | 20 |

## SUMÁRIO

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>2</b> | <b>REVISÃO BIBLIOGRAFICA .....</b>   | <b>12</b> |
| 2.1      | Aspectos gerais sobre prematuridade pré-termo e baixo peso ao nascer.....  | 12        |
| 2.2      | Bebês de baixo peso, egressos da UTI e o processo familiar.....  | 13        |
| 2.3      | Redes de apoio e suporte social .....  | 14        |
| 2.4      | Programas ministeriais para o bebê prematuro.....  | 15        |
| 2.5      | Políticas de saúde governamentais do bebê prematuro .....  | 16        |
| 2.6      | A importância da enfermagem na UTI neonatal e na atenção básica para os recém - nascidos prematuros .....                      | 16        |
| <b>3</b> | <b>METODOLOGIA.....</b>  | <b>18</b> |
| 3.1      | Tipo de pesquisa .....   | 18        |
| 3.2      | Local da pesquisa.....   | 18        |
| 3.3      | Coleta de Dados .....  | 18        |
| 3.4      | Procedimentos operacionais éticos.....   | 20        |
| 3.5      | Procedimentos.....   | 20        |
| 3.6      | Análise de dados .....   | 20        |
| <b>4</b> | <b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>  | <b>22</b> |
| 4.1      | Perfil das Mães Entrevistadas .....  | 22        |
| 4.2      | Perfil Do Bebê Prematuro.....  | 23        |
| 4.3      | Insegurança Materna .....  | 24        |
| 4.4      | Rede de Suporte Social.....  | 27        |
| 4.5      | Percepção/Participação Familiar .....  | 28        |
| 4.6      | Importância das orientações de enfermagem para as famílias em relação ao cuidado com o bebê prematuro na alta hospitalar ..... | 30        |
| <b>5</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>32</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>35</b> |
|          | <b>APÊNDICES</b>   |           |
|          | <b>APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>   | <b>39</b> |
|          | <b>APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA .....</b>  | <b>41</b> |
|          | <b>ANEXOS</b>  |           |
|          | <b>ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>   | <b>42</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência ao bebê prematuro avançou muito nos últimos tempos, dando uma ênfase maior no cuidado destas crianças, uma vez que, o número de recém-nascidos prematuros tem relação ao aumento das taxas de morbimortalidade, devido à baixa idade gestacional. Porém, com o avanço das tecnologias na área da saúde, possibilitou que o recém-nascido prematuro tivesse a oportunidade de viver, recebendo um cuidado especial para o crescimento e desenvolvimento (PESSOA et al., 2015).

Demartini (2011) define prematuridade como toda criança nascida com idade gestacional maior que 20 semanas e menos que 37 semanas.

É muito importante que a família acompanhe o período de internação do prematuro, para que no momento da alta hospitalar o mesmo esteja preparado para cuidar essa criança de forma adequada (NAGANUMA et al., 1995).

Uma forma de preparo para a alta hospitalar é a participação diária da família nos cuidados com o bebê prematuro. Esse envolvimento familiar ajuda para a melhora do bebê, e assim, uma alta precoce. Transmite ao familiar segurança e autonomia, tendo então, melhores resultados após a hospitalização (CHIODI et al. 2012).

No entanto, a participação da equipe de enfermagem é fundamental no sentido de ajudar na avaliação da capacidade e estrutura familiar, condições sociais e suportes de envolvimento para melhor atender seu bebê, e assim auxiliar na autonomia voltada para o preparo da alta hospitalar (CHIODI et al. 2012).

Chiodi et al. (2012), acredita que os pais destas crianças nascidas prematuras, também apresentam certo risco por apresentarem, sentimentos de insegurança, despreparo, culpa, ansiedade, dificuldades no cuidado, necessitando um apoio maior tanto no período na internação quanto no momento da alta hospitalar.

Conhecer a rede de suporte social de famílias com a experiência de ter tido bebês prematuros, poderá auxiliar os profissionais de saúde e em especial, aos enfermeiros, a atenção com mais qualidade voltado ao cuidado integral e humanizado, principais causas tanto do ponto de vista de formação em saúde quanto da atenção mais ampliada que de certa forma dá concretude aos princípios gerais do Sistema Único de Saúde tais como: escuta qualificada, humanização, vínculo e resolutividade (ALEXANDRE et al., 2012).

A enfermagem define-se como uma profissão cuidadora de pessoas, famílias e comunidade, no sentido de assistir, educar, “estar junto” e promover o autocuidado e ou de recuperar, manter, e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. A família é

um “locus” privilegiado para tais ações, especialmente quando se trata de momentos iniciais, e do ponto de vista biológico, finais, da vida humana (CARMO, 2012).

Conforme traz Carmo (2012), toda a gestação e nascimento de um bebê trazem diversas mudanças na vida destas famílias, e principalmente quando esse ciclo da gestação não se completa e o bebê chega antes do tempo, sendo considerado prematuro, surgem nesse momento à ansiedade, as incertezas, os medos e a insegurança.

Nesse momento o relacionamento entre o profissional da saúde, paciente e família, é fundamental, e o processo de comunicação deve ser eficiente, para assim transmitir a família segurança, aceitação, sensibilidade e respeito entre ambos (CARMO, 2012).

Diante disso, autores que se dedicam ao estudo de redes e suporte social afirmam que a ação da mesma, tem resultados positivos na vida dessas pessoas.

Portanto, a questão que se coloca para esse estudo é: Qual é a rede e o suporte social de famílias com bebês prematuros? Como é constituída? Quais são as ações que realiza? Quem faz o que dentro da rede social? E como ela é percebida pela família?

Este questionamento deu origem aos objetivos que nortearam a construção deste estudo, que são: identificar o perfil de famílias egressas hospitalares; conhecer a rede e suporte social de famílias de bebês prematuros; descrever as ações de suporte social e familiar realizado pela rede; propor estratégias de cuidado de enfermagem junto à família e a rede.

Nesse sentido dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), informam que em seu último relatório no ano de 2014 o País realizou cento e quarenta e seis mil partos vaginais prematuros e cento e oitenta e seis partos cesáreos prematuros. O município de Santa Cruz do Sul nesse mesmo ano realizou cento e sessenta e sete partos prematuros, sendo que destes, cinquenta e cinco partos vaginais e cento e doze partos cesáreos. Como podemos observar mais da metade são partos cesáreos.

Portanto, a escolha sobre esse tema teve por base pelo menos duas justificativas: Uma de ordem pessoal de quando realizava minhas práticas iniciais de enfermagem com crianças hospitalizadas e também fora dela, na convivência de famílias em outras práticas de enfermagem.

A outra justificativa, de ordem profissional, foi crescendo ao longo da formação acadêmica de graduação, no sentido de querer compreender mais profundamente a prematuridade, como algo, por vezes parecendo imprevisível, mas sempre, multifatorial. Isto de certa forma corroborado por altos indicadores de partos cesáreos seja por fatores inespecíficos, ou seja, ainda por pré-natais inadequados.

A compreensão de que a enfermagem tem papel fundamental com tais questões, sejam de orientação à família desde a admissão do bebê prematuro, até o momento de sua alta e os cuidados no domicílio, foi o que moveu a realização deste estudo.

## **2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA**

### **2.1 Aspectos gerais sobre prematuridade pré-termo e baixo peso ao nascer**

Pessoa et al. (2015), cita que o número de recém-nascidos prematuros tem relação ao aumento das taxas de morbimortalidade, devido a baixa idade gestacional. Porém, com o avanço das tecnologias na área da saúde, possibilitou que o recém-nascido prematuro tivesse a oportunidade de viver, recebendo um cuidado especial para o crescimento e desenvolvimento. Ressalta-se a importância da atenção e cuidado com o recém-nascido prematuro pelo fato de ser uma das principais causas de morte neonatal.

O autor Demartini (2011), define prematuridade como toda criança nascida com idade gestacional maior que 20 semanas e menos que 37 semanas, então bebê prematuro limítrofe é aquele nascido entre 37 e 38 semanas; bebê prematuro moderado é aquele nascido entre 31 e 36; bebê prematuro extremo é aquele nascido entre 24 e 30 semanas. Essa estimativa da idade gestacional é geralmente feita pela data da última menstruação e também pela ultrassonografia realizada no primeiro trimestre de gestação. Quanto maior sua prematuridade, maior o risco de saúde, pois esse bebê pode não ter se desenvolvido completamente.

E os bebês de baixo peso segundo Pessoa et al. (2015), são aqueles que chegaram ao fim da gestação, mas que por algum problema de nutrição na placenta, não se desenvolveram como o esperado. Os problemas então são decorrentes de falhas no metabolismo.

A alimentação inadequada durante o período gestacional pode explicar a presença do baixo peso ao nascerem recém-nascidos a termo, cujo crescimento e desenvolvimento intra-uterino foram prejudicados por deficiências nutricionais. Essa deficiência nutricional está diretamente relacionada ao baixo peso ao nascer (PESSOA et al., 2015)

Estudos sobre prematuridade indicam que embora a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros tenha melhorado nos últimos anos, a prematuridade ainda é a principal causa de morbimortalidade neonatal devido isto o nascimento de bebês prematuros representa um grande desafio para os serviços de saúde pública. Além disso, existem ainda as implicações econômicas, devido à complexidade do cuidado mesmo depois do período neonatal, muitas vezes até pela vida toda, pois podem ficar com sequelas causadas pela prematuridade (ALMEIDA et al., 2012).

Dos diversos fatores causadores da prematuridade, cabe destacar alguns que segundo o autor são considerados mais prevalentes e importantes, que são: os hábitos de vida, as

condições socioeconômicas, os antecedentes ginecológicos e obstétricos, as intercorrências gestacionais e a assistência pré-natal ausente ou inadequada (ALMEIDA et al., 2012).

Outros fatores de risco citados por Almeida et al. (2012), que podem estar associados a prematuridade são: histórico anterior de partos prematuros; infecção urinária ou vaginites; hipertensão arterial; idade da gestante (menos de 15 e mais de 35 anos); fertilização *In Vitro*; infecções congênitas como toxoplasmose, citomegalovírus, herpes e sífilis; gestação gemelar; polidrâmnia; desnutrição; estresse; tabagismo, álcool ou drogas; abortos; anomalias congênitas fetais; deslocamento prematuro da placenta; miomas e cervicite; vaginose bacteriana; colonização por *Estreptococo* do grupo B.

Os autores Ramos e Cuman (2009), diferente de Almeida, destacam que a prematuridade é algo imprevisível e decorrente de diversas circunstâncias, indiferente de lugares e classes sociais.

O parto prematuro é definido como a ocorrência do nascimento antes do termo, ou seja, crianças nascidas antes da maturidade fetal (ALMEIDA et al., 2012).

A realização de anamnese detalhada é o primeiro passo para se identificar a mulher com risco para o parto prematuro (BITTAR, 2009).

Assim, Ramos e Cuman (2009), ressaltam que a família é diretamente afetada a sua estrutura, e requer então neste momento total apoio dos profissionais e também da própria família, pois o sonho da gestação e do filho perfeito foi interrompido.

Uma forma de preparo para a alta hospitalar é a participação diária da família nos cuidados com o bebê prematuro. Esse envolvimento familiar ajuda para a melhora do bebê, e assim, uma alta precoce. Transmite ao familiar segurança e autonomia, tendo então, melhores resultados após a hospitalização (CHIODI et al., 2012).

## **2.2 Bebês de baixo peso, egressos da UTI e o processo familiar**

É muito importante que a família acompanhe o período de internação do prematuro, para que no momento da alta hospitalar o mesmo esteja preparado para cuidar essa criança de forma adequada. Nem todas as instituições permitem o envolvimento dos pais no cuidado com o recém-nascido. Muitas seguem uma rotina rigorosa quanto horários e duração de visita (NAGANUMA et al., 1995).

Ainda conforme Naganuma et al. (1995), a falta de informação e de apoio emocional aos pais faz com que gere um afastamento da UIT Neonatal e também de seu filho. Conseqüentemente vem o despreparo dos pais no cuidado da criança no momento de sua alta.

Acarretando mais tarde em problemas para a criança, tais como afecção respiratória, gastrintestinais, dificuldades no crescimento, abandono ou até mesmo a morte da criança.

O atendimento na UTI neonatal deve ser humanizado, atendendo individualmente cada recém-nascido e sua família, dando-lhes todo o apoio necessário (CARMO, 2012).

A alta hospitalar é um momento de felicidade e alívio para a família, independente do setor de internação que o paciente se encontra, mas quando se trata de um prematuro que passou muitos dias na UTI Neonatal, se torna um momento muito especial para os pais do recém-nascido, sendo esse o momento mais esperado pela família, pois é um sonho que teve que ser adiado (CARMO, 2012).

É importante que as orientações para os pais sejam dadas desde a admissão do bebê e na alta hospitalar sejam reforçadas, pois por os pais estarem emocionados podem não absorver todas as informações em um único momento (CARMO, 2012).

Conforme Fernandes, (2015) em um artigo de investigação sobre as vivências dos pais de bebês prematuros, no primeiro impacto do nascimento, eles reconhecem que isso leva a uma reestruturação tanto na vida pessoal familiar quanto na família geral, pois os planos mudam. É por isso é muito importante o auxílio de toda a família.

### **2.3 Redes de apoio e suporte social**

Por tanto são motivos pelos quais, no período da internação hospitalar do bebê prematuro, a atuação da rede social de apoio é de extrema importância para toda a família. As redes são entendidas por vários objetos sociais, tais como, pessoas, funções, apoio instrumental e também emocional, em diferentes ocasiões e necessidades. Esse apoio instrumental pode ser uma ajuda financeira, divisões de responsabilidades e de informações ao indivíduo. Já o apoio emocional, trata-se de afeição, atenção e preocupação com o próximo (HAYAKAWA et al., 2010).

É importante que o profissional da saúde saiba sobre a importância da rede social, favorecendo a proposta de estratégias e também auxiliar no apoio familiar, ajudando na promoção do desenvolvimento infantil, sendo necessário que os profissionais mantenham uma relação mais próxima com os usuários para que essas atividades de promoção e também educação em saúde sejam adquiridas pelas famílias, consequentemente melhorando a qualidade de vida da criança. É responsabilidade dos profissionais desenvolver essa ligação entre os membros da rede social de apoio oferecido para as famílias (ALEXANDRE et al., 2012).

A rede de suporte social é um fator importante em diversos pontos contínuos de saúde-doença, tendo sempre um resultado positivo na vida destas pessoas, alias o conceito de rede de suporte social é justamente, relacionamentos pessoais positivos e de afeto, por isso são fatores que de fato influenciam na vida das pessoas (ALEXANDRE et al., 2012).

Simioni, (2008) complementam ressaltando que a participação incipiente das instituições e dos profissionais da saúde, principalmente da área da enfermagem deve ser fortalecida para o cuidado tanto formal quanto informal nas redes de apoio social que são propostas direcionadas especialmente para potencializar o sentimento maternal que é essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança nascida prematura.

#### **2.4 Programas ministeriais para o bebê prematuro**

Dentre tantos programas disponíveis para o bebê prematuro, Menezes et al. (2014), ressalta como o mais importante o Método Canguru, com origem na Colômbia no ano de 1978, pois é o único que mantém o contato pele a pele entre a mãe e o seu bebê. Sendo recomendado a ser realizado o mais cedo possível, por estimular a alta hospitalar precoce do recém-nascido. Tendo como objetivo principal no Brasil, incentivar a formação de vínculo entre pais e filhos, é também uma política nacional de saúde, criada pelo Ministério da Saúde, desde o ano de 2000.

Tendo ainda diversos benefícios tanto para o bebê quanto para a mãe, o mais importante para o bebê é o menor tempo de internação, e diminuição do risco de mortalidade na alta e para a mãe o estímulo para produção de leite e o vínculo afetivo (MENEZES et al., 2014).

No município de Santa Cruz do Sul, o Hospital Santa Cruz, disponibiliza dos seguintes programas: Serviço de Incentivo ao Aleitamento Materno - SIAMA; Método Mãe Canguru; Alimentação gratuita as mães acompanhantes de pacientes SUS; Alojamento materno; Programa Bem - Me - Quer; Grupo Aconchego e Bebê a Bordo; Hora do conforto e musicoterapia.

Sendo estes programas para fortalecimento de vínculo entre mãe e bebê, e também de apoio emocional para a família.

O programa Bem - Me - Quer citado a cima é um programa desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, tem como objetivo desenvolver a qualidade de vida, pela implementação de ações na área da saúde, educação, habitação e assistência social, visando a diminuição da mortalidade infantil.

O Hospital Santa Cruz do Sul tem uma parceria com o projeto, encaminhando todas as parturientes o também os recém-nascidos que se encontram em situação de risco, no período pós-alta hospitalar, junto à unidade de referência de cada família.

## **2.5 Políticas de saúde governamentais do bebê prematuro**

Segundo Klossowski et al. (2016), assim como outros autores também prioriza a necessidade de uma atenção maior e um cuidado especializado para o bebê prematuro, para sua sobrevivência, já que a prematuridade é considerada um problema de saúde pública, devido ao alto índice de morbimortalidade. Dados do ministério da saúde indicam que o no Brasil a prematuridade é considerada um índice importante (alto) para os padrões internacionais.

Para isso existem diversas políticas de saúde voltadas ao bebê recém-nascido prematuro, destacando-se a Rede Cegonha como a mais recente, que promove a assistência materno infantil, incluindo bebês prematuros e a termo, cuidando de forma integral e humanizada até dois anos de vida. Implantada a nível nacional no ano de 2011 (KLOSSOSWSKI et al. 2016).

Para Klossowski et al. (2016) política pública voltada exclusivamente para o bebê prematuro é a política do Método Mãe Canguru, de acordo com a Portaria nº 5/7/2000, o Ministério da Saúde do Brasil adota como Política Pública a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso. Com essa portaria o Ministério da Saúde institui o Método Mãe Canguru como uma política pública nacional voltada a saúde infantil.

O Método foi criado com a proposta interdisciplinar para assim, melhor atender o prematuro e toda a sua família. O mesmo foi criado na Colômbia, no ano de 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, pelos Médicos Reys Sanabria e Hector Martinez. Houve a percepção de que havia vantagens econômicas, e melhora nos aspectos psicoafetivos e físicos do bebê e família (KLOSSOSWSKI et al., 2016).

## **2.6 A importância da enfermagem na UTI neonatal e na atenção básica para os recém - nascidos prematuros**

Assim, Montanholi, (2011) ressalta que o enfermeiro é um dos profissionais responsável pelo cuidado geral voltado ao recém-nascido internado na UTI Neonatal. Englobando cuidados físicos, psíquico e social. O trabalho do enfermeiro de UTI neonatal é um desafio, pois requer habilidade, vigilância, respeito e sensibilidade, pelo fato de este paciente ser extremamente vulnerável e dependente da equipe.

A equipe de enfermagem não deve se basear apenas em suas habilidades técnicas, para a recuperação do bebê, mas sim, principalmente dando assistência a família em suas dúvidas, e oferecendo apoio e favorecendo constantemente o estímulo na realização de cuidados com o bebê (OLIVEIRA, et al. 2013).

O papel da enfermagem na UTI neonatal envolve também o relacionamento com os familiares do bebê prematuro, fortalecendo-se o vínculo afetivo entre mãe e filho. Sendo necessário explicar cada procedimento a ser realizado no bebê para a família, a enfermeira e a equipe toda se torna fonte de apoio para os familiares (MONTANHOLI, 2011).

Nesse momento o relacionamento entre o profissional da saúde, paciente e família, é fundamental, e o processo de comunicação deve ser eficiente, para assim transmitir a família segurança, aceitação, sensibilidade e respeito entre ambos (CARMO, 2012).

No período da internação do bebê prematuro na UTI neonatal, ele fica exposto a diversos fatores, tais como, dor; procedimentos invasivos; luz; dentre outros, que são estressantes para o bebê. Devido a isso devemos ter o máximo de cuidado com essa vida, o que implica também na atenção que devemos ter com o ambiente físico (OLIVEIRA, 2011).

Pelo fato de apenas o nome UTI já amedrontar os pais, gerando diversos sentimentos de temor, angústia, insegurança, é fundamental a humanização de toda a equipe, tratando com respeito e atendendo todas as necessidades tanto da família quanto do bebê individualmente, a fim de conseguir melhores resultados (OLIVEIRA, 2011).

Para Mello (1999), todo o período de envolvimento tanto de internação quanto de alta hospitalar, se torna estressante para as famílias, pois é algo novo e que não foi planejado de tal maneira, devido a isto se tem o apoio a essas famílias como uma continuidade da assistência dos serviços de enfermagem comunitária, especialmente quando o enfermeiro atua na atenção básica de saúde nos serviços oficiais do SUS, tais como na rede de atenção básica. Tendo como objetivo oferecer suporte aos pais e coordena-los de acordo com cada situação para encontrar os recursos dos serviços de saúde que serão necessários para a saúde e desenvolvimento da criança.

Sendo então o papel da enfermagem realizar visitas domiciliares a fim de efetivar o seguimento da criança e também orientar a mãe. Após a alta hospitalar do prematuro a enfermagem vira um elo entre as equipes multiprofissionais, tendo como objetivo das visitas domiciliares, avaliar a situação individual de cada família e bebê, para assim realizar uma triagem e então encaminhar para outros serviços de acordo com a necessidade de cada (MELLO, 1999).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

O estudo sobre Rede e Suporte Social de Famílias com bebês prematuros, foi desenvolvido com base em definições de autores referenciados sobre uma pesquisa descritiva e exploratória utilizando-se o método qualitativo.

Conforme a pesquisa descritiva, onde requer uma série de informações sobre o que pretende se pesquisar e descrever características de uma determinada população ou fenômeno. Sendo usadas como técnica de coleta de dados, questionários, escalas e entrevistas, podem ser subjetivas, apenas quantificáveis, gerando imprecisão (GERHARDT, 2009).

Gerhardt e Silveira (2009) trazem que a pesquisa do tipo exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema e local da pesquisa, desenvolvendo hipóteses e também esclarecer conceitos. Onde na grande maioria dessas pesquisas envolve o levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, analisando e buscando resultados referentes ao pesquisado.

Segundo Gerhardt e Silveira (2009), referente à pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, e sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

A pesquisa qualitativa tem como características a objetivação do fenômeno, buscando descrever e compreender melhor o problema a ser pesquisado, buscando resultados mais fidedignos possíveis (GERHARDT, 2009).

#### **3.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida com famílias residentes no Município de Santa Cruz do Sul, egressas de uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI), usuárias da rede pública de saúde do município.

#### **3.3 Coleta de Dados**

Os dados foram coletados pela autora da pesquisa, que utilizou como técnicas de coleta a entrevista. As entrevistas tiveram uma estrutura mínima para orientar a coleta propriamente dita. Essa estrutura continha os seguintes dados: Identificação da família, de acordo com o número atribuído a cada uma delas; Identificação da situação, palavras ou expressões que

sintetizem no momento relatado; Nome e posição na família, da pessoa ou pessoas que relataram o fato ou os participantes da situação observada.

Descrição da situação relatada, na ordem dos acontecimentos do relato; Identificação de “quem”, isto é, o nome e relacionamento das pessoas envolvidas na situação e Identificação das ações, ao lado de cada pessoa relacionada no item anterior, citando aquelas efetivamente realizadas ou esperadas de cada participante.

Também foi utilizada a técnica “Bola de Neve”. Vinuto (2014). Onde um participante do estudo poderia ir indicando outras famílias que tivessem o mesmo perfil de experiência com crianças prematuras e a partir daí seriam integrantes do estudo.

Para composição inicial dos dados da pesquisa, seriam entrevistadas dez famílias. Cinco delas de parto normal e outras cinco de parto cesáreo. Todas elas com experiência de crianças prematuras. Esse quantitativo poderia ser aumentado e ou diminuído preservando as técnicas de análise qualitativas.

Após o projeto ser aceito pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC foi iniciada as buscas por famílias que tiveram bebês prematuros.

Para localizar estas famílias obtiveram-se informações de pessoas conhecidas que sabiam de famílias que tinham tido bebê prematuro. E as demais entrevistadas teve-se a localização pelo estágio realizado no hospital. A primeira entrevista foi satisfatória, sendo a entrevistada uma pessoa receptiva e colaborativa, colocando-se a disposição para ajudar, com suas experiências. Desta forma o esperado era que todas as demais seriam da mesma forma, e assim, concluindo a pesquisa com sucesso. Mas com o passar do tempo, tornou-se uma tarefa complicado depender das pessoas, por inúmeras vezes os encontros foram marcados nas casas das famílias e ao chegar a pesquisadora não era recebida. As ligações feitas também não foram correspondidas.

A expectativa era de entrevistar dez famílias de bebês prematuros, sendo cinco com mãe que realizaram parto normal, e as outras cinco que realizaram parto cesáreo, como já citado anteriormente, mas por fim, conseguiu-se entrevistar apenas cinco e todas de parto cesáreo.

Foi observada ainda, durante a entrevista a linguagem não verbal, tanto do entrevistado quanto de quem estivesse ao lado acompanhando, podendo ser estes gestos; expressões faciais; posturas corporais e distâncias físicas.

Cabe ressaltar que foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado em duas vias conforme preconiza a resolução 466/2012 que regulamenta estudos realizados em seres humanos.

### **3.4 Procedimentos operacionais éticos**

Para solicitar a permissão das famílias, em um contato inicial, a autora explicou a eles os objetivos do estudo, o que esperava deles, o que seria feito com os resultados, a garantia de que seria mantido o seu anonimato, o seu direito de abandonar a pesquisa caso assim, o desejassem. Depois de sanadas as possíveis dúvidas que poderiam surgir, seriam solicitadas ao casal, ou a pessoa mais velha de cada família, responsável pela criança, que avaliassem a proposição e decidissem sobre a participação ou não na pesquisa.

Os resultados deste estudo são aqueles citados pelas pessoas de cada família, porém seu anonimato foi garantido visto que os entrevistados foram identificados pela categoria mãe (M) e o número sequencial da entrevista, exemplo: “M 1”. Foi informado também, que os dados da pesquisa seriam utilizados para finalidades acadêmicas e poderiam ser divulgados em publicações e eventos relacionados a vida acadêmica da autora.

Após sua aceitação foi solicitado sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido organizado com base na Resolução sobre Pesquisa em Seres Humanos (466 de dezembro de 2012 do CNS/MS), o qual foi assinado em duas vias. Uma delas ficou com a pesquisadora e outra com o entrevistado.

O parecer consubstanciado do CEP tem como número de aprovação: 2.288.347.

### **3.5 Procedimentos**

Este estudo seguiu as orientações definidas pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC.

Para isso foram realizados os seguintes encaminhamentos:

- Submissão do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa;
- Agendamento prévio das entrevistas com os sujeitos do estudo;
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Realização da entrevista.

### **3.6 Análise de dados**

A análise do estudo sobre, redes de suporte social de famílias de bebês prematuros, foi realizada tendo por base a proposta de Minayo (2014), sendo então a metodologia de análise dos dados a análise de discurso a partir da utilização de mapas de associação de ideias.

A Análise de Discurso é um método cujo objetivo é não somente compreender uma mensagem, mas reconhecer qual é o seu sentido, ou seja, o seu valor e sua dependência com um determinado contexto. Define-se então a análise de discurso como sendo o estudo de palavras e expressões: tanto a forma, quanto o uso do contexto, além dos significados ou interpretações de práticas discursivas (MINAYO, 2014).

De acordo com Minayo (2014), a análise de discurso não vai trabalhar com a forma e o conteúdo, mas irá buscar os efeitos de sentido que se pode apreender diante a interpretação. Este tipo de análise é uma asserção crítica que tem o objetivo de problematizar as formas de reflexões instituídas. Criando-se um ponto de vista próprio de observar a linguagem como espaço social de debate e conflito. Devido a isto, o texto é visto como um elemento significativo, prático e portador do contexto situacional dos falantes. Onde a interpretação sempre deverá ser feita entre o interdiscurso e o intradiscurso, chagando assim a posições representadas pelos sujeitos.

A análise do discurso conduz ainda um aporte fundamental para a análise do material qualitativo, e acima de tudo, em uma situação em que o domínio sempre pertenceu às análises positivistas dos argumentos da fala, a análise do discurso, é a análise da fala em contexto, ela ajuda a compreender como as pessoas agem e pensam no mundo concreto (MINAYO, 2014).

Já em relação ao mapa, este nada mais é que uma ferramenta metodológica que permite, entre outros aspectos, a observação dos dados coletados para configuração de análises de práticas discursivas através de tabelas com colunas com títulos definidos tematicamente, em geral, relacionado com o objetivo da pesquisa. Possuem a vantagem de orientar o processo de análise (SPINK, 2010).

Ainda conforme Spink, (2010) os mapas são instrumentos de visualização do processo de interanimação que possibilitam, entre outras coisas, mostrar o que acontece quando questionamos certas coisas ou realizamos certos comentários.

A partir das considerações dos autores citados acima os dados foram transcritos, criando assim uma identificação de categorias, estas irão configurar o mapa de associação de ideias.

Em seguida as mesmas foram organizadas nos referidos mapas para desencadear o processo de análise com a conversa com os autores que abordam a temática estudada.

## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

A seguir a autora deste trabalho irá apresentar os dados originados da entrevista. Inicialmente será feito o relato sobre o perfil dos sujeitos entrevistados.

### 4.1 Perfil das Mães Entrevistadas

As mães que compõem o perfil da amostra do presente estudo estão demonstradas no quadro abaixo, com o intuito de facilitar a visualização e conhecimento destes.

**Quadro 1 – Perfil das mãe entrevistadas**

| Mãe | Idade | Profissão                       | Vive com companheiro | Escolaridade             | Tipo de Parto | Gesta; Parto; Aborto | Consultas de pré natal |
|-----|-------|---------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------|----------------------|------------------------|
| M 1 | 34 a  | Auxiliar Técnico Administrativo | Sim                  | Ensino Superior Completo | Cesário       | G2 P2 A0             | 10                     |
| M 2 | 29 a  | Dentista                        | Sim                  | Ensino Superior Completo | Cesário       | G1 P1 A0             | 10                     |
| M 3 | 36 a  | Auxiliar Técnico Administrativo | Sim                  | Ensino Superior Completo | Cesário       | G1 P1 A0             | 12                     |
| M 4 | 37 a  | Técnica de Enfermagem           | Sim                  | Ensino Superior Completo | Cesário       | G3 P2 A1             | 8                      |
| M 5 | 27 a  | Estudante                       | Sim                  | Ensino Superior Completo | Cesário       | G1 P1 A0             | 6                      |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Como podemos observar no quadro acima, os sujeitos são mães entre 27 e 37 anos de idade, e todas vivem juntamente com o companheiro. Para três delas, esta foi à primeira gestação. O que chama a atenção é que todas as cinco gestantes realizaram o parto cesáreo.

O momento do nascimento de um bebê determina questões importantes sobre o processo do parto e a via de parto a ser escolhida. Nas últimas décadas o nosso país, está vivenciando uma mudança consideravelmente importante no padrão de nascimento, onde as cesarianas estão sendo a via de parto mais comum (CÂMARA, 2016).

A taxa de cesariana no Brasil fica em torno de 56%, tendo uma variação entre os serviços de saúde, sendo nos serviços privados 85% e nos serviços públicos a taxa é menos sendo de 40%, porém ainda é considerada elevada se comparada ao número recomendado pela Organização Mundial da Saúde que é de 15%. É importante lembrar que quando recomendada sob indicação médica específica, a cesárea é essencial para a saúde materna e

infantil. Porém se realizada sem a correta indicação pode ter um aumento de riscos e complicações tanto maternas quando para o recém-nascido (CÂMARA, 2016).

Ainda seguindo a linha de pensamento de Câmara (2016), a autonomia pressupõe o direito de escolha, que deve ser baseado em informações transmitidas de forma transparente, clara e verdadeira, pelos profissionais da saúde, e estes devem ser responsáveis e comprometidos, tendo a obrigação ética de deixar a escolha para as gestantes.

O autor Ramos (2009), destaca que a prematuridade é algo imprevisível e decorrente de diversas circunstâncias, indiferente de lugares e classes sociais.

Desta forma, vendo a análise, pode-se observar que realmente os fatores que levam a um parto prematuro podem ser os mais diversos, e que a classe social, e condições socioeconômicas não influenciam em nada. Muito pelo contrário, na pesquisa se tem famílias bem estruturadas e que planejaram a gravidez, realizando consultas de pré-natal e tendo um acompanhamento médico corretamente e mesmo assim, tiveram parto prematuro.

#### 4.2 Perfil Do Bebê Prematuro

Os bebês prematuros que compõem o perfil da amostra do presente estudo são demonstrados no quadro abaixo, com o intuito de facilitar a visualização e conhecimento destes.

**Quadro 2 – Perfil dos bebês prematuros que compuseram a amostra**

| Sexo   | Peso ao Nascer     | Entrada/Saída da UTI                  | Entrada/Saída da UCI                  | Visita materna e paterna diária | Aleitamento Materno na Alta |
|--------|--------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| F      | 1.192 g            | E: 13/11/05<br>S: 26/11/05<br>13 dias | E: 26/11/05<br>S: 24/12/05<br>28 dias | Sim                             | Sim (até os 7 meses)        |
| M<br>M | 1.355 g<br>1.550 g | E: 04/09/17<br>S: 02/10/17<br>29 dias | E: 02/10/17<br>S: 10/10/17<br>08 dias | Sim                             | LM + complemento            |
| F      | 1.505 g            | E: 16/01/14<br>S: 16/02/14<br>30 dias | E: 16/02/14<br>S: 26/01/14<br>10 dias | Sim                             | Sim                         |
| M      | 1.000 g            | E: 01/10/17<br>S: 03/11/17<br>32 dias | E: 03/11/17<br>S: 13/11/17<br>10 dias | Sim                             | Sim                         |

|   |         |                                       |                                       |     |     |
|---|---------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----|-----|
| F | 1.600 g | E: 06/06/15<br>S: 31/06/15<br>25 dias | E: 31/06/15<br>S: 07/07/15<br>07 dias | Sim | Sim |
|---|---------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----|-----|

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Os dados mostram que o peso dos cinco recém-nascidos varia entre 1.000g e 1550g, lembrando que conforme Pessoa (2015), todo recém-nascido com peso inferior a 2.500g é considerado prematuro.

De acordo com a pesquisa, o que chama a atenção no quadro acima, é que destes cinco bebês, todos os pais estão presentes no cuidado no período da internação. O que é extremamente importante, como já vinha sendo falado pelos autores no decorrer do trabalho.

Esse envolvimento familiar ajuda para a melhora do bebê, e assim, uma alta precoce. Transmitindo ao familiar segurança e autonomia, tendo então, melhores resultados após a hospitalização no cuidado no domicílio (CHIODI et al., 2012).

Outro item muito importante é a questão do aleitamento materno. O qual é incentivado pelos enfermeiros e profissionais da saúde em geral. E as mães entrevistadas, todas conseguiram alimentar seu bebê no domicílio com o aleitamento materno.

É necessário ressaltar a importância que o enfermeiro tem em incentivar o aleitamento materno, estimulando mãe e bebê para que possam obter sucesso na amamentação, visto que há desconforto, dor e dificuldades nos primeiros dias de aleitamento materno (ALMEIDA, 2015).

Ainda conforme Almeida (2015), amamentar é uma prática muito benéfica, que além do envolvimento profundo entre mãe e filho, é também fundamental para a saúde do recém-nascido, devido seus benéficos nutricionais, imunológicos, econômico-sociais e também para o desenvolvimento do bebê.

### 4.3 Insegurança Materna

Quando as mães foram questionadas sobre como seria o cuidado com o bebê em casa, foi possível notar que ambas as mães saem do hospital, ainda se sentindo inseguras e incapazes para o cuidado do bebê em casa. O maior medo delas era em relação à perda de peso, engasgamento e infecção. A seguir estão citadas algumas falas extraídas das entrevistas:

*“(...) só tinha medo de se engasgar” (M 1).*

*“Sou mãe de primeira viagem, pra mim eles parece normais, mas tenho um pouco de medo, são tão pequenos” (M 2).*

*“(...) quando fui pra casa eu fiquei bem paranoica, com medo dela pega infecção e volta pro hospital,... não deixei ninguém visitar ela, até que passou um mês, deixava ver só da janela” (M 3).*

*“A minha preocupação sempre foi que ele ia perde peso, dava mama de duas em duas horas, e sempre levava no postinho pra pesa” (M 4).*

*“Querida muito ir pra casa, mas como toda mãe de prematuro, eu me sentia insegura, medo que acontecesse algo e tivesse que volta pro hospital” (M 5).*

No decorrer do presente trabalho é citada a importância do papel do enfermeiro, que precisa aos poucos ir orientando os pais, para que assim consigam absorver as informações.

É importante que as orientações para os pais sejam dadas desde a admissão do bebê e na alta hospitalar sejam reforçadas, pois pelo fato de os pais estarem emocionados podem não absorver todas as informações em um único momento (CARMO, 2012).

Conforme Fernandes (2015), no primeiro impacto do nascimento, os pais reconhecem, que isso leva a uma reestruturação tanto na vida pessoal familiar quanto na família em geral, pois os planos mudam. E por isso é muito importante o auxílio de toda a família.

No entanto, a alta hospitalar de um bebê prematuro, ainda é um fator preocupante, e diante disto, surge à premência de humanizar a assistência tanto para o prematuro quanto para a família. Visando sempre o bem estar da criança, e principalmente a formulação do vínculo entre mãe e filho, através da linguagem afetiva, cuidados diários, e ainda, participação em grupos de mães que passaram pela mesma situação de ter tido um bebê prematuro (FROTA et al., 2013).

Sem dúvidas o diálogo e a principalmente a interação, entre o enfermeiro e o familiar, possibilita a capacitação e estímulo do familiar para a realização de cuidados adequados com o bebê após a alta hospitalar (FROTA et al., 2013).

Chiodi et al. (2012), acredita que os pais destas crianças nascidas prematuras, também constituem certo risco por apresentarem, sentimentos de insegurança, despreparo, culpa, ansiedade, dificuldades no cuidado, necessitando um apoio maior tanto no período na internação quanto no momento da alta hospitalar.

Conforme Baseggio et al. (2017), a insegurança vem acompanhada da angústia, ainda no momento da internação, para os pais, visitar seu filho prematuro, é um momento complicado e que precisa ser respeitado, pois ainda estão presos ao bebê imaginário, que é idealizado durante toda a gravidez, e que por vez não é condizente ao bebê real, que pode se

apresentar extremamente frágil, emagrecido e pálido, o que torna a situação ainda mais difícil para os pais. Por vezes os pais não estão preparados emocionalmente e então não se sentem fisicamente capazes de interagir com o bebê naquele momento.

A alta hospitalar é um momento de felicidade e alívio para a família, independente do setor de internação que o paciente se encontra, mas quando se trata de um prematuro que passou muitos dias na UTI Neonatal, se torna um momento muito especial para os pais do recém-nascido, sendo esse o momento mais esperado pela família, pois é um sonho que teve que ser adiado (CARMO, 2012).

Podemos sentir isto nas falas de duas mães:

*“Essa foi minha segunda filha, e é muito diferente a realidade de poder ir embora com o filho e sem o filho”* (M 1).

*“Eu não via a hora de poder ir pra casa”* (M 5).

A pergunta mais frequente que os pais fazem para os profissionais que trabalham em unidades neonatais com certeza é, quando o bebê irá receber a alta hospitalar, independentemente do tempo de internação ou do estado clínico do prematuro. Desta forma, ainda que as visitas ao filho internado se constituam em momentos almejados pelas mães, no final do dia estas sofrem com a despedida a cada final de visita, assim, ansiando e desejando a alta hospitalar para assim por um fim nesse sofrimento (VERONEZ, 2017).

É possível relacionar as falas de Carmo, (2012) e também as falas de Veronez (2017), com o que as mães relatam, e isso, é também observado nelas, quando falam sobre o seu bebê, principalmente no relato da M 1, que já teve outra filha e que estava bem e não necessitou ficar hospitalizada. Portanto, de acordo com os autores os sentimentos das mães são considerados normais, dentro do quadro delas.

A equipe de enfermagem é o maior elo de aproximação da família com seu bebê prematuro, essa insegurança apresentada pelos pais é normal, mas cabe ao enfermeiro estimular sua participação no cuidado como o bebê, a fim de amenizar os sentimentos de impotência e incapacidade, fazendo com que se sintam preparados para cuidarem de seus filhos sozinhos (DUARTE, 2012).

Conforme Silva (2012), o preparo do familiar do recém-nascido prematuro para a alta hospitalar visa promover o desligamento da unidade e proporcionar a autonomia de cuidado no ambiente domiciliar.

#### 4.4 Rede de Suporte Social

É muito importante que o profissional da saúde saiba sobre a importância da rede social, favorecendo a proposta de estratégias e também auxiliar no apoio familiar, ajudando na promoção do desenvolvimento infantil, sendo necessário que os profissionais mantenham uma relação mais próxima com os usuários para que essas atividades de promoção e também educação em saúde sejam adquiridas pelas famílias, conseqüentemente melhorando a qualidade de vida da criança. É responsabilidade dos profissionais desenvolver essa ligação entre os membros da rede social de apoio oferecido para as famílias (ALEXANDRE et al., 2012).

Com a pesquisa foi possível observar que praticamente todas as cinco famílias tem uma rede de suporte confiável e presente. Que vem auxiliando nos cuidados com o bebê desde a internação até os dias de hoje. Como é citado por elas quando questionadas sobre qual é a rede e o suporte social da família:

*“(...) vó, vó, tios, primos, meu Deus, gente não faltava, e em casa sempre tinha uma terceira pessoa na pra nos ajudar” (M 2).*

*“Quem nos auxiliou mais foram os dindos e vizinhos” (M 3).*

*“Moro com minha mãe, que ficava em casa com minha outra filha e cuidava da casa, e agora me ajuda também” (M 4).*

*“(...) tive muita ajuda da minha família, minha irmã mais velha foi a segunda mãe dela (...)” (M 5).*

Como é possível notar apenas uma família não contou com ajuda de outras pessoas na alta. Mas pelo fato de não ter conhecidos na cidade e a família morar longe e não ter condições de vir. Segundo ela:

*“(...) todos moram longe, era eu e ele, a gente se revezava porque tinha a minha outra filha em casa (...)” (M 1).*

O suporte social pode ser visto de diversas formas, dependendo muito do que significa para cada pessoa, podendo ser: o suporte emocional, que esta direcionada a pessoas que se colocam a disposição para escutar, auxiliar, preocupar-se, promover confiança e amor. E ainda o suporte instrumental, que está se referindo a ajuda nas tarefas domiciliares,

empréstimo de dinheiro, suporte de informações e principalmente apoio de profissionais que informam e orientam essas famílias (MORAIS, 2012).

Em relação a isto:

*“No hospital, as gurias, em casa ele fazia comida, lavava louça e roupa e ainda ajudava a cuidar das duas meninas” (M 1).*

*“A gente ia pra Santa Maria pra ficar com nossa família, dai eles ajudavam, (...) e aqui sempre tem uma terceira pessoa na casa pra ajuda” (M 2).*

*“As gurias no hospital, ajudavam muito, deixavam a gente tranquila” (M 2).*

*“(...) mas quem nos auxiliou mais foram os dindos, comadre, amigos e vizinhos, até porque meus pais já são falecidos” (M 3).*

*“Fiquei morando com minha mãe e irmãs até ela completar seis meses, dai fomos mora só eu meu marido e ela” (M 5).*

Analisando as falas de cada mãe, fica nítido que para elas, o suporte social é visto como suporte instrumental, priorizando a ajuda da família em questões domésticas apenas, e o suporte emocional elas esperam receber ainda dentro da unidade, da equipe profissional da saúde. Devido a isso a importância do enfermeiro e outros profissionais da saúde, estarem cientes do que é, e quem é a rede de suporte social das famílias, para assim conseguir dar o apoio necessário para cada família individualmente.

A família é uma fonte essencial, que está presente de forma ativa nesse processo. A participação da família nuclear (pai, mãe e irmãos) e extensa (avós, tios e primos) neste momento delicado é de extrema importância, é o apoio daqueles em que se confia, envolve laços sanguíneos ou não no caso de amigos e vizinhos, estes constituem um valioso suporte emocional (OLIVEIRA, 2013).

#### **4.5 Percepção/Participação Familiar**

Sabemos da importância da família neste momento, e que toda a ajuda é válida. E com a pesquisa a autora pode afirmar que todas as famílias mesmo não morando com os familiares, tiveram algum tipo de auxílio e suporte, mesmo este, por vezes, sendo de longe.

Quando questionadas pela autora sobre como o bebê era percebido pela família as respostas são as seguintes:

*“(...) por ser prematuro não diziam nada, só falavam por ter duas criança com pouca diferença de idade” (M 1).*

*“Logo foi um susto pra todos, era pra ser perfeito (...). Acostumou e vendo eles eram normais, só tinham pouco peso” (M 2).*

*“(...) só por tá na UTI se apavoravam, eu nem contava tudo pra deixa eles calmo, dizia que precisava ganha peso” (M 3).*

*“só minha mãe mora aqui na cidade, mas nem foi no hospital porque cuidava da outra em casa, mas todos aceitaram tranquilo, até porque minha menina também era prematura já, mas esse é mais” (M 4).*

*“Minha família adora, claro levaram um susto na época, mas agora... todos querem ser um pouco mãe dela” (M 5).*

Os autores Ramos e Cuman (2009), destacam que a prematuridade é algo imprevisível e decorrente de diversas circunstâncias, indiferente de lugares e classes sociais. Como já vinha sendo citado também por outros autores no decorrer do trabalho.

Desta forma, Ramos e Cuman (2009), ressaltam que a família é diretamente afetada a sua estrutura, e requer então neste momento total apoio dos profissionais e também da própria família, pois o sonho da gestação e do filho perfeito foi interrompido.

Na fala da M 2 é visível a idealização de um filho imaginário perfeito, e na realidade sendo o oposto, muitas vezes isso deixa os pais e até mesmo a família toda angustiada, preocupada, insegura e por vezes com sentimento de culpa.

E é claro que uma UTI neo/pediátrica nunca é bem vista por pessoa alguma, o fato de o bebê estar na UTI amedronta os pais, devido o grande número de aparelhagens e equipamentos, onde a impressão que se tem do lugar é que a morte está sempre rodando este lugar. Devido isto, a importância de uma comunicação efetiva e explicativa do enfermeiro com os familiares do bebê, sobre cada procedimento a ser realizado no mesmo (CARMO, 2012).

Nessa fase da vida, onde a insegurança e o medo tomam conta, em relação à saúde do filho, é que os pais conseguem identificar quem são os sujeitos dentro do seu grupo de relação que mais se destacam como capazes de confiar e contribuir, diretamente ou indiretamente, para o cuidado com o bebê, tanto no período da internação quando depois na alta hospitalar no cuidado no domicílio (OLIVEIRA, 2013).

Outra maneira que algumas famílias encontraram para enfrentar esse momento delicado da vida foi através das religiosidades e crenças.

*“Eu sempre dizia que Deus sabia o que era melhor pra nós”* (M 1).

*“(...) a gente costumava rezar bastante, pra ficar tudo bem”* (M 2).

*“(...) é preciso ter fé, fé em tudo (...)”* (M 4).

A religiosidade é uma estratégia usada para enfrentar os medos, ter alguém para desabafar e confiar. É um modo de enfrentamento da realidade, portanto cabe aos profissionais da saúde respeitar e também oferecer suporte a expressão dessa religiosidade, permitindo sempre que for possível, que a família possa estabelecer conexões com sua dimensão espiritual, de modo a melhor enfrentar o momento vivenciado (OLIVEIRA, 2013).

No entanto, ainda conforme Oliveira (2013), é necessário reconhecer o papel essencial da rede de apoio a essas famílias, e também a importância da valorização da família, da equipe do setor e ainda das religiosidades, para o sucesso e otimização do processo de enfrentamento familiar.

#### **4.6 Importância das orientações de enfermagem para as famílias em relação ao cuidado com o bebê prematuro na alta hospitalar**

Percebe-se, que com o decorrer dos anos, os avanços obtidos contribuem muito para a assistência ao recém-nascido prematuro. Os avanços tecnológicos auxiliam muito para a sobrevivência dos bebês prematuros, mas não podemos esquecer o quanto a capacitação dos profissionais que atuam na unidade de terapia intensiva neonatal é fundamental para estes pequenos pacientes e também para a família (SILVA, 2012).

Tendo um bom relacionamento entre o familiar e a equipe, com um diálogo, claro, verdadeiro e acolhedor, a distância entre a especificidade dos cuidados prestados ao recém-nascido prematuro, pelos profissionais, e as necessidades de aproximação dos pais para com seu bebê aos poucos vai sendo minimizada, dando desta forma a oportunidade aos pais de lentamente ser inseridos nos cuidados de seu bebê. Esta situação traz como um norte o favorecimento de vínculo e principalmente a promoção do apego entre os familiares e a criança (SILVA, 2012).

Sendo então o papel da enfermagem realizar visitas domiciliares a fim de efetivar o seguimento da criança e também orientar a mãe após a alta hospitalar do prematuro a

enfermagem vira um elo entre as equipes multiprofissionais, tendo como objetivo das visitas domiciliares, avaliar a situação individual de cada família e bebe (MELLO, 1999).

Dessa forma, acredita-se que uma vez dada a alta hospitalar, esta se constitui de um momento de ambiguidade para os pais, que é expresso pela verbalização de sentimentos de felicidade e alívio, e ao mesmo tempo, medo e insegurança. Divido a isto, a preparação deve consistir na capacitação dos pais para que eles possam seguir com os cuidados no domicílio. E estas orientações devem abranger desde cuidados básicos como também a informação e os procedimentos diante os riscos da criança (SILVA, 2012).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização do presente estudo, pude ver o quanto é importante que a família tenha um acompanhamento diário no período de internação do bebê prematuro, para que assim no momento da alta hospitalar estejam preparados para cuidar desta criança da forma mais adequada possível. É também fundamental que as orientações para os pais sejam dadas desde a admissão do bebê e na alta hospitalar sejam reforçadas. Uma das formas de preparo para a alta hospitalar é dar aos pais a oportunidade de participação diária da família nos cuidados com o bebê prematuro. Com a pesquisa observei que os pais tendo a possibilidade de simplesmente tocar o bebê quando ainda está internado é muito gratificante para eles, passando-os uma segurança maior em relação ao cuidado.

Cabe ressaltar que a enfermagem define-se como uma profissão cuidadora de pessoas, famílias e comunidade, no sentido de assistir, educar, estar junto e promover o autocuidado e ou de recuperar, manter, e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

A enfermagem tem o papel fundamental, desde o início da admissão de um bebê prematuro, que são refletidos no momento da alta hospitalar e no cuidado deste bebê em casa. A comunicação é a principal ferramenta a ser utilizada pelo enfermeiro, tendo um diálogo calmo, transparente e explicativo durante toda a internação deste bebê, auxilia na segurança da família. O enfermeiro é também responsável por envolver a família no cuidado e assim, estimular/criar o vínculo entre mãe e filho, os auxiliando e deixando realizar pequenos procedimentos, transmitindo assim o sentimento de mãe para com o filho, isso ajuda também para que no momento da alta hospitalar a família sintam-se apta para cuidar de seu bebê da melhor forma em casa.

Durante a realização das entrevistas com as famílias que aceitaram, fui muito bem acolhida/recebida, por todos, que se colocaram a disposição durante todo o processo de coleta de dados, fornecendo informações necessárias e inclusive aproveitando o momento para sanar algumas dúvidas. Pode-se perceber a preocupação das famílias em querer cuidar do bebê prematuro da melhor maneira. Muitas diziam cuidar como um bebê normal, já outras se preocupavam mais pelo fato de ser uma criança menor.

Após o desenvolvimento do estudo e a análise dos dados coletados, foi possível concluir que apesar de elas relatarem se sentirem inseguras para ir pra casa, o momento da alta é o mais esperado por todas, poderem ir para casa com o seu bebê no colo, e acabar com esse sofrimento de estar em uma unidade hospitalar.

Em relação à rede de apoio e suporte social de famílias com bebês prematuros, foi observado que elas citam em vários momentos o quanto o restante da família está sendo importante nesse momento delicado para todos eles, alguns ajudam nos afazeres domésticos e outros dando todo o suporte afetivo e emocional.

Para deixar nítido que os objetivos do presente estudo foram atingidos, elencarei cada objetivo com sua resposta.

Primeiramente o objetivo era identificar o perfil de famílias egressas hospitalares; o qual pode ser definido como famílias bem estruturadas, onde as mães têm idade entre 27 e 37 anos de idade, onde a gravidez foi planejada pelo casal, e tiveram o acompanhamento médico e realizaram consultas de pré natal. E todas as mães têm ensino superior.

A segunda questão teve como objetivo conhecer a rede e suporte social de famílias de bebês prematuros; das cinco entrevistadas, apenas uma mora atualmente com familiares, as demais estão morando sozinhas com seus companheiros e filhos. Mas todas tiveram o acompanhamento e auxílio da família em todos os momentos, tanto no período de internação quando logo após a alta hospitalar. Muitas citam como rede de suporte também a equipe da unidade onde o bebê passou o período de internação, sendo a enfermagem responsável por dar todo suporte emocional, afetivo, e criar/estimular o vínculo entre mãe e filho.

Como terceira abordagem, descrever as ações de suporte social e familiar realizado pela rede; nesta ficou nítido que para elas o suporte social da família era relacionado principalmente a tarefas domésticas, e pouco relacionado ao suporte emocional e afetivo. Dentro da família, criaram uma divisão de tarefas, onde cada um faz alguma coisa e ainda ajuda a cuidar do bebê.

E assim concluindo o ciclo de pesquisa.

Mais uma vez ressalto o quanto o papel do enfermeiro é importante neste momento para as famílias, e é gratificante ter esse reconhecimento e respeito dos pais e famílias, que passam pela gente.

Todo enfermeiro que atua em uma UTI neo/pediátrica precisa ter sensibilidade para conseguir compreender as necessidades dos familiares, por isso se faz necessária a presença do profissional com maior enfoque em efetivar uma comunicação pautada nas necessidades individuais de cada família. Tendo assim um trabalho mais eficaz juntamente com a família do neonato.

Rede de suporte social de famílias com bebês prematuros é um tema bem amplo para ser estudado, que em pouco tempo não se consegue aprofundar. É interessante realizar novas pesquisas relacionadas ao tema, neste presente trabalho se teve uma pequena amostra de

apenas cinco famílias, com o um período de tempo maior conseguir-se-ia fazer um trabalho bem mais abrangente e com um número maior de entrevistados. Tendo resultados mais fidedignos/real do que com uma pequena parte de entrevistados.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, A. M. C. et al. Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 2, p. 272-9, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/re USP/v46n2/a02v46n2.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- ALMEIDA, A. C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz - MA. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre - RS, v. 33, n. 2, p. 86-94, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/13.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2017.
- ALMEIDA, J.M.; LUZ, S.A.B.; UED, F.V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Paul Pediatr*. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0355.pdf>> Acessado em: 20 nov. 2017.
- BASEGGIO, B.D.; et al. Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. Vol.25. Nº 1. Ribeirão Preto. Mar. 2017. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2017000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100010)> Acessado em 20 nov. 2017.
- BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Indicadores de risco para o parto prematuro. *Rev. Bras. Ginecol Obstet.*, v.31, n. 4, p. 203-9, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n4/08.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2017.
- CÂMARA, R.; et al. Cesariana a pedido materno. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n4/pt\\_0100-6991-rcbc-43-04-00301.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n4/pt_0100-6991-rcbc-43-04-00301.pdf)> Acessado em: 20 nov. 2017.
- CARMO, C. M. A. *Procedimentos de Enfermagem em neonatologia rotinas do instituto Fernandes Figueira/Fiocruz*. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.
- CHIODI, L. C. et al. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 6, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000600022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600022)>. Acesso: 10 mar. 2017.
- COSTA, R.; LOCKS, M.O.H.; GIRONDI, J.B.R. Pesquisa Exploratória Descritiva. In: LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (Org.). *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. 1. ed. Porto Alegre: Moriá Ed., 2016. p. 273-289.
- DEMARTINI, A. A. C. Crescimento de crianças nascidas prematuras. *Arq. Bras. Metab.*, v. 55, n. 8, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n8/06.pdf>>. Acesso em: 27 de mar. 2017.
- DUARTE, E.D.; et al. A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para a construção da integralidade. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. Out – Dez, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/18.pdf>> Acessado em: 20 nov. 2017.

- FERNANDES, N. G. V.; SILVA, E. M. B. Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra, v. IV, n. 4, fev. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832015000100012](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100012)>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- FROTA, M.A.; et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. *Esc. Anna Nery*. Vol. 17 N<sup>o</sup>.2 Rio de Janeiro Apr/June 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200011)> Acesso em: 20 nov. 2017.
- GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. Métodos de pesquisa. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS – Porto Alegre: Editora: da UFRGS, 2009.
- HAYAKAWA, L. Y. et al. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 63, n. 3, p. 440-5, maio-jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a15v63n3.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- JUNIOR, M. B. M. S. et al. Análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em Educação Física escolar. Porto Alegre. v. 16, n. 03, p. 31-49, julho/setembro de 2010. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/11546/10008>> Acesso em: 20 jul. 2017.
- KLOSSOSWSKI, D. G. et al. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. *Rev. CEFAC*, v. 18, n. 1, p. 137-150, jan.-fev. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n1/1982-0216-rcefac-18-01-00137.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2017.
- MELLO, D. F.; ROCHA, S. M. M. Assistência de enfermagem a crianças prematuras: uma revisão da literatura sobre o seguimento. *R. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 52, n. 1, p. 14-21, jan.-mar. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n1/v52n1a03.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- MENEZES, M. A. S. et al. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. *Rev. Paul. Pediatr.*, v. 32, n. 2, p. 171-7, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n2/pt\\_0103-0582-rpp-32-02-00171.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n2/pt_0103-0582-rpp-32-02-00171.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 407 p.
- MONTANHOLI, L. L.; MERIGHT, M. A. B.; JESUS, M. C. P. 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, mar.-abr. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_11](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_11)>. Acesso em: 14 mar. 2017.
- MORAES, R. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado do prematuro no domicílio. *Acta Paul. Enferm.* São Paulo, v. 22, n. 1, jan./fev. 2009.

MORAIS, A.C.; QUIRINO, M.D.; CAMARGO, C.L. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. *Rev. Eletr. Enf.* 2012. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n3/pdf/v14n3a23.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a23.pdf)> Acessado em: 20 nov. 2017.

NAGANUMA, M. et al. *Procedimentos técnicos de enfermagem em UTI neonatal*. São Paulo: Ed. Atheneu, 1995.

OLIVEIRA, L. L.; SAMINO, G. E. C. A humanização da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal: concepção, aplicabilidade e interferência na assistência humanizada. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediátricos*, v. 11, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/143-a-humanizacao-da-equipe-de-enfermagem-em-unidade-de-terapia-intensiva-neonatal.html>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

OLIVEIRA, K.; et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Esc. Anna Nery*. Vol. 17 N<sup>a</sup>. 1. Rio de Janeiro. Jan/Mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100007)> Acessado em 20 nov. 2017.

PESSOA, T.A.O. et al. O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. *Av Enferm.* Vol. 33 N<sup>a</sup> 3. Out. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a08.pdf>> Acessado em: 20 nov. 2017.

PESSOA, T. A. O. et al. O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. *Av. Enferm.*, v. 33, n. 3, p. 401-411, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a08.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

RAMOS, H. A. C; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery. Rev. Enferm.*, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr.-jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eand/v13n2/v13n2a09>>. Acesso em: 06 mar. 2017.

SILVA, L.G.; ARAÚJO, R.T.; TEIXEIRA, M.A. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* Jul/Sep. 2012. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n3/pdf/v14n3a21.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a21.pdf)> Acessado em: 21 nov. 2017.

SIMIONI, A. S.; GEIB, L. T. C. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 61, n. 5, set./out. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000500003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500003)>. Acesso em: 22 mar. 2017.

SPINK, Mary Jane. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. In. \_\_\_\_\_. *As múltiplas faces da pesquisa sobre produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. p. 37-59.

VERONEZ, M.; et al. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Rev. Gaúcha Enferm.* Vol. 38. N<sup>a</sup> 2. Porto Alegre. Epub 20, Jul, 2017.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000200419&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200419&lng=pt&tlng=pt)> Acessado em: 20 nov. 2017.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014.

## **APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA – DEO REDE DE SUPORTE SOCIAL DE FAMÍLIAS DE BEBÊS PREMATUROS**

Desta forma o presente estudo tem como objetivo identificar o perfil de famílias egressas hospitalares de bebês prematuros, descrevendo ainda as ações que as famílias realizam após a alta hospitalar, e identificar a rede de apoio familiar e social e institucional na vida da família.

Para a coleta de dados será utilizada uma entrevista com questões disparadoras onde será lançada uma questão e outras irão aparecendo para complementaridade, também chamada técnica da “bola de neve”.

Os sujeitos do estudo podem estar relatando o que gera medo/insegurança, onde sentem mais necessidade do apoio de um profissional da saúde, aproveitando o momento ainda para tirar dúvidas.

Pesquisa será realizada pela pesquisadora Diana Regina Wander, através de coleta de dados por meio de perguntas disparadoras tendo o auxílio da professora orientadora Aline Fernanda Fischborn.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhado, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa.

Fui, igualmente, informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;

- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- Do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- Da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- De que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Diana Regina Wander (Fone: (51) 9 9941-8948), na disciplina de Trabalho de Conclusão de curso I, tendo como orientadora do projeto de pesquisa a professora Aline Fernanda Fischborn. O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável. O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717-7680.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do Voluntário

---

Assinatura do Responsável pelo  
presente consentimento

## APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Entrevistado \_\_\_\_\_

### 1. Dados sobre a mãe:

Idade \_\_\_\_\_ Profissão/ocupação \_\_\_\_\_

Vive com companheiro: ( ) sim ( ) não

Como se compõe sua família na residência: \_\_\_\_\_

Escolaridade materna: ( ) nenhuma ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo

( ) ensino superior completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ignorado

G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Tipo de parto: ( ) Normal ( ) Cesariana

Tem outros filhos(as): ( ) sim ( ) não Quantos: \_\_\_\_\_

### 2. Dados da criança:

Sexo \_\_\_\_\_ Peso ao nascer \_\_\_\_\_

Entrada na UTI Neonatal: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Saída da UTI Neonatal: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Entrada na UCI: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Saída da UCI: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Visita materna diária ( ) sim ( ) não visita paterna diária ( ) sim ( ) não

Aleitamento materno na alta: ( ) sim ( ) não ( ) outro Qual? \_\_\_\_\_

Fez acompanhamento de pré natal: ( ) sim ( ) não

A partir de que mês: \_\_\_\_\_

### 3. Questões disparadoras:

- Como você pretende cuidar do seu bebê em casa?
- Qual é a rede e o suporte social de famílias com bebês prematuros?
- Como é constituída?
- Quem faz o que dentro da rede social?
- E como ela é percebida pela família?

**ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**