

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**

**Brava Gente da Mangueira: A enfermagem desvendando o discurso de jovens sobre o cuidar do bebê prematuro na adolescência**

**Brígida Neide Rocha Lira**

**Rio de Janeiro  
Agosto/2005**



**Brava Gente da Mangueira: A enfermagem desvendando o discurso de jovens sobre o cuidar do bebê prematuro na adolescência**

**Brígida Neide Rocha Lira**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como etapa necessária à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde da Criança/ Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC).

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> *Ivone Evangelista Cabral*

**Rio de Janeiro**  
**Agosto/2005**

**Brava Gente da Mangueira: A enfermagem desvendando o discurso de jovens sobre o cuidar do bebê prematuro na adolescência**

**Autora: Brígida Neide Rocha Lira**

**Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Ivone Evangelista Cabral**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós - Graduação do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, na linha de pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ivone Evangelista Cabral (Presidente)

---

Prof.<sup>o</sup>. Dr. Edson Ferreira Liberal (1<sup>o</sup> Examinador)

---

Prof.<sup>o</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Neide Aparecida Titonelli Amorin (2<sup>a</sup> Examinadora)

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ivis Emília de Oliveira Souza (1<sup>a</sup> Suplente)

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Marialda Moreira Christoffell (2<sup>a</sup> Suplente)

**Rio de Janeiro  
Agosto/2005**

Lira, Brígida Neide Rocha .

Brava Gente da Mangueira: A enfermagem desvendando o discurso de jovens sobre o cuidar do bebê prematuro na adolescência / Brígida Neide Rocha Lira - Rio de Janeiro: EEAN/ UFRJ, 2005.

12 xii, 106f.

Orientadora: Ivone Evangelista Cabral

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança, Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery.

Referências: 10 f.

1. Enfermagem pediátrica
2. Adolescência
3. Jovens
4. Famílias.
5. Crianças

I. Lira, Brígida Neide Rocha. II. Cabral, Ivone Evangelista III. Universidade Federal do Rio de Janeiro IV. Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança V. Brava Gente da Mangueira: A enfermagem desvendando o discurso de jovens sobre o cuidar do bebê prematuro na adolescência.

CDD 610 73

## AGRADECIMENTOS

À minha mamãe (Neide) e ao meu papai (Lira) que sempre me apoiaram desde a escolha de minha profissão, cuidando das minhas filhas nos momentos em que não pude estar com elas devido ao meu trabalho.

Às minhas filhas, Dayana e Déborah, que compreenderam a minha ausência, apesar de toda a saudade e pelo tempo que não pude estar com elas.

Ao meu amado *Urso*, meu querido, minha vida, meu companheiro que sempre me apoiou nos momentos mais difíceis e na jornada para execução do meu trabalho. Foi sua com sua sabedoria, paciência e experiência de vida que contribuíram para que eu pudesse chegar a este momento.

À minha orientadora pela paciência, amizade, companheirismo e por sua sabedoria na construção deste trabalho magnífico.

A Marília, companheira e amiga que não mediu esforços em atender os meus apelos, segurando a minha mão e demonstrando sua lealdade e sua amizade, quando juntas caminhávamos pelas vielas e becos da comunidade.

À “Brava Gente da Mangueira” minhas jovens mães, seus familiares, seus filhos que construíram esta história.

Ao Celso, ao Toni, a Cristina, a Carla e a todos os ACS que além da Brava Gente foram personagens marcantes que me apoiaram e ajudaram na pesquisa.

Ao doutorando Antônio Marcos Tosoli, a Mestre Tereza, a Castorina e a Lúcia meus amigos do Curso de Pós-Graduação e do Núcleo de Pesquisa da Saúde da Criança que me ouviram, me acolheram e me ajudaram neste ritual de passagem.

A minha amiga Doutora Marialda Moreira Christoffel que me incentivou na realização do Mestrado.

A Doutora Ivis Emília de Oliveira Souza por seu carinho: um ser humano maravilhoso.

A Doutora Neide Aparecida Titonelli Amorin por suas considerações que muito engrandeceram este trabalho.

Ao Doutor Edson Liberal pelo apoio para a realização desta pesquisa e por suas contribuições no meu crescimento profissional.

Aos secretários da Pós -Graduação da EEAN Sonia e Jorge Anselmo pelo cuidado e o zelo dispensado a nossa documentação acadêmica.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

A Deus por ter conduzido os meus passos em cada etapa do meu trabalho.

Obrigada!

**RESUMO****Brava Gente da Mangueira: A enfermagem desvendando o discurso de jovens sobre o cuidar do bebê prematuro na adolescência**

*Brígida Neide Rocha Lira*

Orientadora: *Ivone Evangelista Cabral*

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Os desafios das jovens mães e suas famílias no cuidado do bebê prematuro no domicílio foram investigados com os objetivos de identificar os desafios e os subsídios que mediam as práticas de cuidar do bebê prematuro, egresso da terapia intensiva neonatal, no ambiente domiciliar; analisar essas práticas como um fenômeno existencial constituído do saber de experiência feita das jovens mães e suas famílias; e discutir as dimensões do cuidado ao bebê prematuro por elas vivenciadas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa em que se utilizou a triangulação de métodos da entrevista, observação participante e criativo sensível (dinâmicas de sensibilidade e criatividade árvore do conhecimento e linha da vida). Participaram da pesquisa cinco jovens mães adolescentes, seus familiares, os cuidadores de suporte e agentes comunitárias de saúde e entre líderes comunitários, diretores de uma escola pública, enfermeiras da unidade básica de saúde, totalizando 27 atores sociais entre moradores e trabalhadores da Comunidade da Mangueira, cenário onde se desenvolveu o trabalho de campo. Os dados foram analisados segundo os preceitos da análise de discurso, empregando-se como ferramentas analíticas os processos metafóricos, polissêmicos e parafrásticos. Os resultados desvelaram as diversas maneiras de cuidar desses atores sociais quando no enfrentamento aos desafios e as situações existenciais advindas da condição de prematuridade do bebê. O cuidado familiar, o cuidado comunal, o discurso religioso, os desafios trazidos pelo nascimento, a sobrevivência na terapia intensiva e volta para casa do hospital emergiram do discurso dos sujeitos. As jovens mães e suas famílias desenvolveram estratégias de seguimento domiciliar voltado para o cuidado do bebê prematuro, além daquelas determinadas pelo seguimento profissional.

Palavras-chave: Jovem. Adolescência. Enfermagem pediátrica. Prematuro.



**ABSTRACT****GUTSY PEOPLE OF MANGUEIRA: NURSING IS DISCLOSING THE SPEECH OF  
YOUNG PEOPLE ABOUT CARING FOR THE PREMATURE BABY  
IN ADOLESCENCE.**

Brígida Neide Rocha Lira

Advisory Professor: Ivone Evangelista Cabral

Summary of Master degree dissertation submitted to Post-Graduation Program in Nursing , Anna Nery Nursing School, from Universidade Federal of Rio de Janeiro, as a part of the necessary requisites towards earning the Master title in Nursing.

The challenges of young mothers and their families in caring for the premature baby at home have aimed at identifying the challenges and subsidies that mediated the practices of caring for the premature baby, discharged from neonatal intensive care unit( NICU), in home care environment; analysing these practices as an existential phenomenon constituted by young mothers' experience and their families; discussing the dimensions of caring for the premature baby already vivified by them . It is about a qualitative research whereby methods triangulation of the interview have been used,including participant observation and sensitive creativity (dynamics of sensitivity and creativity tree of knowledge and line of life ) In fact,five adolescent young mothers have participated in research, their families, the support caregivers and health community agents; besides, among community leaders, the principals of a public school and nurses of a basic health unit have also been present, by amounting to a number of 27 social actors among tenants and workers of Mangueira community.However, this setting led to the working field development. Pursuant the precepts of discourse analysis,the data were analysed by making use of analytic tools the metaphoric, polissemic and paraphrastic processes. The results have unveiled several manners of caring for these social actors,as well as coping with challenges and existential situations coming from the status of baby's prematurity. Moreover, the family care, the community care, the religious discourse, the challenges brought by birth, the survival on intensive therapy and return to the hospital have emerged through the subjects' discourse.Consecutively,the young mothers and their families have developed strategies of home care follow-up,intended for the premature baby care beyond those ones already determined by professional follow-up.

Keywords: Young people. Adolescence. pediatric Nursing. Premature.

**Rio de Janeiro  
August/2005**

## **LISTA DE QUADROS, FIGURAS E FOTOS.**

**Quadro I. Caracterização dos sujeitos da pesquisa. Jovens Mães**

**Quadro II. Caracterização dos sujeitos da pesquisa. Cuidadores de suporte**

**Quadro analítico III – A recorrência temática**

**Figura 1 – Centro Integrado Escola Pública – 241 (Fotografia. LIRA, 2004)**

**Figura 2 - Vila Olímpica da Mangueira (Fotografia. LIRA, 2004)**

**Figura 3- Diagrama da Dinâmica da Árvore do conhecimento de “AC” e sua família.**

**Figura 4- Diagrama Linha da Vida de “AC” e sua família**

**Figura 5- Diagrama da Dinâmica Árvore do Conhecimento de “S” e sua família**

**Figura 6- Diagrama da Dinâmica Árvore do Conhecimento de “K” e sua família.**

**Figura 7- Diagrama da Dinâmica Árvore do Conhecimento das irmãs “Regi”  
& “Rege” e sua família.**

**Foto 1- Rua Visconde de Niterói (MALTA, 1934) Acervo do Arquivo Geral do R. J.**

**Foto 2- Morro do Telégrafo. Data: 29 de dezembro de 1968.  
Fotógrafo: Não identificado. Arquivo Nacional. Acervo Correio da Manhã**

**Foto 3 - Posto Florestal, Morro do Telégrafo e Linha de tiro (MALTA, 1930)  
Acervo do Arquivo Geral do R. J.**

**Foto 4- Favela da Mangueira – Morro do Telégrafo nos dias atuais.  
[http:// telemundo.ru/.../ 2005\\_02/art\\_favela.htm](http://telemundo.ru/.../2005_02/art_favela.htm)**

## Sumário

<b>1. Considerações Iniciais</b>	
<b>1.1. A maternidade na adolescência e a problemática de cuidar da criança prematura.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Justificativa e Relevância.....</b>	<b>7</b>
<b>1.2.1 A Mortalidade Perinatal e Infantil: Aspectos Epidemiológicos.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.2 As crianças com necessidades especiais de saúde.....</b>	<b>14</b>
<b>2.Os Alicerces Teóricos.....</b>	<b>16</b>
<b>3. O Percurso Metodológico</b>	
<b>3.1. A abordagem e os procedimentos de pesquisa.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2 Para encontrar os sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>21</b>
<b>3.3 Os sujeitos da pesquisa e suas particularidades.....</b>	<b>22</b>
<b>3.4 As estratégias operacionais da pesquisa.....</b>	<b>25</b>
<b>3.5As dinâmicas de criatividade e sensibilidade</b>	
<b>a) A produção de dados na dinâmica Árvore do Conhecimento.....</b>	<b>30</b>
<b>b) A produção de dados na dinâmica Linha da Vida.....</b>	<b>31</b>
<b>3.6 Aspectos éticos da pesquisa.....</b>	<b>32</b>
<b>3.7 A análise dos dados.....</b>	<b>32</b>
<b>Capítulo I. As jovens mães e suas relações sociais: contextualizando suas</b>	
<b>Condições discursivas.....</b>	<b>39</b>
<b>Entre vielas e becos: o caminho das jovens mães e suas famílias.....</b>	<b>39</b>
<b>Verde e Rosa: A Mangueira e sua história.....</b>	<b>40</b>
<b>O invasor cultural .....</b>	<b>43</b>
<b>O cuidado comunal e familiar .....</b>	<b>45</b>
<b>As jovens mães “S”, “AC”, “Regi” &amp; “Rege” e suas famílias.....</b>	<b>45</b>
<b>Capítulo II. Os desafios e os enfrentamentos da jovem mãe e sua família no</b>	
<b>cuidado ao bebê prematuro no domicílio.....</b>	<b>59</b>

<b>Capítulo III Considerações Finais</b>	
<b>Os desafios e os enfrentamentos no cuidado ao bebê prematuro: ressignificando as experiências das jovens mães.....</b>	<b>91</b>
<b>IV. Referências.....</b>	<b>101</b>
<b>V. Referências Consultadas.....</b>	<b>106</b>
<b>Anexo – A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>111</b>
<b>Anexo – B Instrumento de caracterização dos sujeitos.....</b>	<b>113</b>
<b>Anexos-C Documentos da pesquisa.....</b>	<b>117</b>

## O vendedor de balões

Era uma vez um velho homem que vendia balões numa quermesse.

Evidentemente, era um bom vendedor, pois deixou um balão vermelho soltar-se e elevar-se nos ares, atraindo, desse modo, uma multidão de jovens compradores de balões.

Havia, ali perto, um menino negro que estava observando o vendedor e, é claro. Apreciando os balões.

Depois do balão vermelho, o homem soltou um azul; a seguir um amarelo e finalmente, um branco. Todos foram subindo até sumirem de vista.

O menino, de olhar atento, seguia cada um. Ficava imaginando mil coisas... Mas, algo o aborrecia, o homem não soltava o balão preto.

Então se aproximou do vendedor e perguntou-lhe:

— Moço, se o senhor soltasse o balão preto, ele subiria tanto como os outros?

O vendedor de balões sorriu, entendendo o que o menino queria dizer, arrebentou a linha que prendia o balão preto e, enquanto ele se elevava nos ares, disse:

— Não é a cor, filho. É o que está dentro dele que o faz subir!

(LEGRAND. A.)



**Foto 1- Rua Visconde de Niterói (MALTA, 1934)  
Acervo do Arquivo Geral do R. J.**

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1. A maternidade na adolescência e a problemática de cuidar da criança prematura

A faixa etária que demarca o período da adolescência orienta-se por dois preceitos diferentes: o legal e o biológico. O preceito legal (Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90. Art 2º.) fundamenta-se na capacidade cognitiva e de discernimento para determinar que adolescente é toda pessoa entre 12 e 18 anos de idade. O preceito biológico pauta-se no processo de amadurecimento e intensa transformação biológica para demarcar o corte entre a infância e a adolescência. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL,1989), através do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), considera adolescente a pessoa com idade entre 10 e 20 anos incompletos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1989) estabeleceu as bases programáticas do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), tendo como áreas prioritárias: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva (gravidez precoce na adolescência), a saúde do escolar adolescente, a prevenção de acidentes, a abordagem da violência e maus tratos, a família, o trabalho, cultura, esporte e lazer; porém, esse programa, na maioria das regiões do país, nunca saiu do papel e é até desconhecido (NEVES, 1998).

Segundo Neves (1998), o termo “adolescência”, enunciado pela declaração conjunta da Organização Mundial de Saúde (OMS)/ Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) / Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (1989), refere-se à faixa etária de 10 a 19 anos completos. Juventude é designada para o período de idade entre 15 e 24 anos, e “pessoas jovens<sup>1</sup>” para as idades entre 10 e 24 anos.

Souza (s.d.) pauta-se na abordagem clínica, nas transformações psicológicas e nas pressões sociofamiliar inerentes à adolescência para distingui-la em três etapas, a saber: precoce, média e tardia.

A adolescência precoce (10-14 anos) refere-se aos esforços do indivíduo para habituar-se às modificações do próprio corpo, o estabelecimento progressivo da independência, a separação dos pais ou adultos que o tutelam e associa-se à despedida da infância. É na adolescência média (15-17 anos), quando a maioria já manifestou a puberdade, o menino e a

---

<sup>1</sup> Na dissertação, adoto o termo “jovem” para designar adolescentes na faixa etária entre 10 e 24 anos de idade, tendo em vista que individualiza a pessoa do adolescente no contexto social, nos termos da declaração conjunta da OMS/ FNUAP/ UNICEF (1989).

menina procuram melhorar a sua imagem do corpo, pelo culto ao físico e à beleza. A conduta costuma ser estereotipada, isto é, há identificação plena com o grupo de iguais. É quando a busca pela identidade pessoal, social e sexual se torna mais marcante. Na adolescência tardia (17-20 anos), emergem os valores e comportamentos adultos que culmina na cristalização de uma identidade estável. O relacionamento com o companheiro do sexo oposto torna-se mais estreito, mais íntimo e mais afetivo. Nessa etapa, os adolescentes buscam viabilidade econômica e estabilidade social, desenvolvem elaborado sistema de valores e expressam suas próprias idéias.

Essa perspectiva estática das transformações biológicas e psicossociais que acontecem na vida das adolescentes não têm acompanhado os indicadores de prevalência de gravidez na adolescência, tendo em vista que as jovens e os jovens têm enfrentado a gravidez e a maternidade cada vez mais cedo em suas vidas. A maturidade biológica para engravidar nem sempre acompanha a maturidade psicossocial para assumir a maternidade, sendo este o primeiro desafio para se cuidar de um bebê. Ademais, pode haver um distanciamento maior entre ambos os aspectos quando, além de viver uma gravidez prematura<sup>2</sup>, também ocorre o nascimento de um bebê prematuro (nasceu antes de completar o seu tempo de amadurecimento fisiológico) e de baixo peso. Associado a isso se registra elevadas incidências de toxemia e parto cesáreo.

A gravidez prematura torna-se um ponto de conflito na vida da jovem, quando as transformações do corpo relacionadas à adolescência se somam à provocada pela própria gestação de um filho. Os conflitos entre belo e feio, gordo e magro, liberdade e privação entre outros, interferem diretamente sobre o amadurecimento para viver a maternidade de modo pleno. Portanto, expressões de satisfação e insatisfação consigo mesmo, sua condição de gestante e/ ou de mãe tomam parte nessa relação da jovem com o seu bebê prematuro.

A estética corporal tem relação direta com a expressão da sexualidade e com o crescimento do número de gestações na adolescência e o aumento da incidência de doenças transmitidas por contato sexual. Ambos se constituem uma problemática de saúde pública em nosso país.

---

<sup>2</sup> Entende-se como prematuro o que amadureceu antes do tempo, ou seja, a jovem engravidada na etapa de vida da adolescência, período em que não completou o seu processo de amadurecimento cognitivo, afetivo e emocional, a despeito de sua capacidade biológica. Trata-se de uma jovem que se encontra em processo de definição de sua personalidade, de transição do mundo infantil para o adulto.



Segundo o FNUAP, desde o início da década de 1980 até 2002, foram registrados cerca de 258 mil casos de AIDS no país, desses, 5.597 são de adolescentes entre 13 e 19 anos de idade, e representam 63% dos casos de HIV/ AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A gravidez “precoce<sup>3</sup>” implica em conseqüências desastrosas para a jovem, porque leva a evasão escolar, à não realização profissional e à separação do grupo social de jovens de sua faixa etária. O acompanhamento do bem-estar do bebê e da jovem grávida no pré-natal contribui para minimizar os problemas freqüentes associados às causas perinatais (baixo peso, prematuridade etc) e as causas maternas, mas nem sempre vem acompanhado por intervenções no campo sociofamiliar. Assim como a maioria das mulheres adultas estará sujeita a menos riscos da doença hipertensiva gestacional, por exemplo, fatores, como raça e classe sócio-econômica também interferem nas condições de vida dessas jovens, não necessariamente vinculado ao aspecto biológico da gravidez.

A interface entre o prematuro e o precoce da gravidez na adolescência representa um alto risco físico e psicológico para a saúde da jovem e seu filho, já que compreende o futuro de ambos. Chama a atenção à realização de pré-natal inadequado, a baixa acessibilidade aos serviços de saúde e a falta de compreensão familiar. Soma-se a esses fatores negativos o fato de que o número de gestações na adolescência vem aumentando. Em cerca de 20% dos nascimentos ocorridos no país, as mães têm menos de 20 anos; observa-se 28% de óbitos fetais, sendo a taxa de mortalidade materna também significativa. O óbito por abortamento é subestimado devido ao seu caráter ilegal e criminoso de acordo com a legislação brasileira (OSÓRIO e LIBERAL 2003).

No Brasil, a taxa de fecundidade no período de 1970 a 2000, por grupos de idades em mulheres no período reprodutivo, diminuiu acentuadamente, especialmente nas faixas etárias a partir de 30 anos, com queda de mais de 70%. O único grupo que teve aumento da taxa específica de fecundidade nesse período foi o de 15 a 19 anos de idade (BRASIL, 2004).

Segundo o FNUAP, cerca de 700 mil adolescentes (10 a 19 anos de idade) tornam-se mães a cada ano no Brasil. De 1980 a 2000, houve um aumento de 15% no índice de gravidez na adolescência, na faixa etária de 15 a 19 anos (IBGE, 2000).

No município do Rio de Janeiro, entre 1993 e 2002, a proporção de nascidos vivos (NV) de jovens mães residentes permaneceu em ascensão, principalmente na faixa etária de 15 a 19 anos. Nas faixas de 10 a 19 anos, nos anos de 1997 e 1999, foram evidenciados os

---

<sup>3</sup> Usado para referir-se ao desenvolvimento de habilidades antes do tempo ou idade esperada. (Novo Dicionário do Aurélio, s.d)

maiores números de NV, sendo que o primeiro mostrou um total de 104.058 e o segundo de 102.233 (SINASC – COE / SSC / SMS-RJ, 2004).

Gama *et al.* (2001) indicam no estudo realizado na rede pública de saúde do Município do Rio de Janeiro, entre 1980 e 1995, que houve aumento do número de casos de gravidez na adolescência, com maiores taxas de fecundidade no grupo de 15 a 19 anos. Na faixa de 10 a 14 anos, embora com taxas de fecundidade menores, acompanhou a tendência do país como um todo.

Nesse sentido, devemos nos preocupar não só com a investigação da problemática da gravidez prematura na adolescência, mas também com a maternidade prematura, qual seja ser mãe nessa etapa de vida. Faz-se necessário envidar esforços no empreendimento de políticas públicas direcionadas ao grupo de jovens e sua condição de risco e vulnerabilidade. Medidas como o planejamento familiar, uso de preservativos e o incentivo da auto-estima ajudam a minimizar as problemáticas da gravidez e maternidade na adolescência associada a um fenômeno de saúde pública, pelas altas taxas de morbimortalidade materna nesse grupo etário.

A mortalidade materna e a incidência de complicações obstétricas, como as síndromes hipertensivas da gravidez, anemias, parto prematuro e infecções puerperais são condições que afetam a mulher e o bebê, especialmente observados na gravidez de muitas jovens mães, cujos agravos são maiores quando comparados com os das mulheres adultas. A maioria dessas mortes ocorre em mães solteiras, não trabalhadoras e analfabetas (DUNCAN *et al.*, 1996), representando um grave problema de saúde pública.

A gravidez na adolescência é um fenômeno comum em todas as sociedades e tem relação direta com as possibilidades de fertilidade da mulher. Entretanto a sua ocorrência fora do casamento representa uma transgressão à ordem vigente, por vezes condenada por segmentos mais conservadores da sociedade. Muitas jovens que são submetidas a rígidos esquemas de controle familiar vêem na gravidez uma possibilidade de se casarem para reparar um “erro” ou um “mau passo”, engravidando antes do tempo do casamento (TAKIUTI, 1994). Em contrapartida, ao assumirem a gravidez, com ou sem apoio da família, a jovem se distancia da convivência social típica de seu grupo, deixando a Escola e “marginalizando-se” para dedicar-se exclusivamente a maternidade. Há ainda aquelas que recebem apoio familiar e do companheiro para o enfrentamento com a situação da gravidez e da maternidade, nessa etapa de vida (TAKIUTI, 1994).

Para outras jovens mães, a gravidez nessa época da vida, “pode significar um projeto de negociação que permitiria sua ascensão para um outro *status*, seja conjugal, seja de maioria social” (GAMA *et al.*, 2001). Dessa forma, poder-se-ia obter uma possível

autonomia pessoal na família, de mudanças de domicílio, ou mesmo uma estratégia de antecipação do matrimônio (op cit).

A constatação de que a experiência da maternidade nos primeiros anos da adolescência influencia negativamente a vida social e estudantil da jovem mãe vivência. Atrelado a isso, sabe-se que os efeitos da gravidez sobre o desenvolvimento biológico e psicossocial dessa jovem apontam para a necessidade de se desenvolver políticas públicas direcionadas para a educação sexual e assim adiar a ocorrência da gestação. Essas medidas certamente possibilitarão o desenvolvimento do potencial psíquico da jovem, bem como a ampliação de oportunidades de vida, que venham a garantir uma melhor condição social futura para as gerações subseqüentes (SABROZA; LEAL; GAMA e COSTA, 2004).

Quanto à assistência pré-natal da jovem gestante, duas situações podem ocorrer em seu acompanhamento: o início tardio e a freqüência regular. (MARINS, 1995; GOLDENBERG; FIGUEIREDO e SILVA, 2005.)

O início tardio pode acontecer pelos mais variados motivos, do medo à vergonha, da comunicação tardia da gravidez à família, da falta de acesso ao serviço de saúde próximo de sua residência, entre outros. O despreparo da equipe no atendimento a essa clientela específica ou pela pouca provisão de recursos materiais que atendam o grupo. Por essa razão, as implicações na saúde dessa jovem aumentam as chances do nascimento de uma criança de baixo peso e/ ou prematura. A freqüência regular possibilita a identificação precoce de problemas e intercorrências gestacionais com efetiva intervenção, o que minimiza danos para ela e seu bebê (op cit).

Os dados de freqüência ao pré-natal, no estudo de Goldenberg; Figueiredo e Silva (2005), acompanham as proporções estimadas para o país e evidenciaram elevadas proporções de inadequação segundo a idade. Ressalta-se, neste quadro, a presença maior de inadequação entre as adolescentes, como era esperado, não só pelos problemas de acesso, em geral, mas devido a dificuldades específicas observadas entre os adolescentes para a procura de serviços médicos, como o medo de procedimentos obstétricos, vergonha dos pais, assim como de abordagem sobre práticas sexuais, entre outras questões.

Segundo Gama; Szwarcwald e Leal (2002) o grupo de pior cobertura quanto ao atendimento pré-natal (0-3 consultas) foi o das adolescentes, que mostrou maior sensibilidade em relação ao baixo peso ao nascer e a prematuridade, evidenciando um papel diferenciado do pré-natal nessas mulheres. Esse efeito desaparece quando cresce a freqüência ao pré-natal.

Entre os argumentos mais freqüentemente usados para estabelecer a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública, estão os efeitos adversos na saúde materna ou da criança e a contribuição à perpetuação da pobreza. A chance de evasão escolar e como conseqüência uma pior qualificação profissional, além da tendência a proles numerosas e outras tantas mudanças na vida, criariam um ciclo de manutenção da pobreza. (GAMA *et al.*, 2001)

No estudo de Sabroza, Leal, Gama e Costa (2004), de 1.228 adolescentes que abandonaram a escola, cerca de um quarto o fizeram por causa de gestações anteriores. Entre as que ainda estudavam no momento em que engravidaram, houve maior abandono escolar entre adolescentes de mais idade e as que não viviam uma união consensual.

O nascimento do bebê leva a jovem a experimentar a maternidade prematura. As fases de transformações biológicas e sua formação psíquica permanecem em processo de amadurecimento. Essa nova realidade (da maternidade prematura) representa para algumas um grande evento e para outras uma experiência dolorosa.

Após o nascimento do bebê prematuro, essa jovem mãe vive mais um enfrentamento: a prematuridade e os desafios da sobrevivência do filho que passou por uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Múltiplas dimensões se relacionam com a problemática da gravidez e da maternidade prematura e não somente a biológica, discutida até então. Os desafios ultrapassam o campo da saúde e atingem o social e o educacional. A adolescência é marcada pelas incertezas sobre o futuro, sobre a capacidade de prover o sustento do filho e para si próprio, por exemplo, gerando ansiedade e preocupação. Muitas jovens mães, embora possam contar com o apoio dos pais ou do companheiro, ainda se vêem diante de apuros para realizar os cuidados com um bebê prematuro. Aliado a isso, o provimento de recursos para o sustento do bebê e de si mesmo está vinculado à oportunidade de emprego, que para esse grupo é escasso, seja pela falta de escolaridade e/ou experiência profissional, suas chances diminuem quando vive a situação da gravidez e da maternidade prematuras, na conquista do primeiro emprego. Em 2001, segundo FNUAP, o desemprego na faixa de 15 a 24 anos de idade correspondia a 49% do total de desempregados no país.(IBGE, 2001).

Com base na problemática da maternidade prematura da jovem mãe no cuidar do bebê prematuro, estabeleci como objeto de estudo os desafios das jovens mães no exercício da maternidade de bebê prematuro no ambiente domiciliar.

A passagem pela UTIN leva o bebê prematuro, a jovem mãe e sua família a permanecerem vinculados à instituição de origem, inscritos no programa de seguimento (*follow-up*) ambulatorial. No entanto, o retorno para a primeira consulta ocorre no intervalo entre uma semana e um mês após a alta. Nesse intervalo de tempo, o que acontece no interior da família é uma incógnita; tal premissa nos levou a constituir as seguintes questões norteadoras da pesquisa:

a) Que práticas de cuidado com o bebê prematuro representaram desafios, para as jovens mães e suas famílias, no ambiente da comunidade e do domicílio? ;

b) Que subsídios foram buscados para a superação dos desafios impostos pelo cuidar deste bebê no domicílio e na comunidade?

c) De que forma as condições de vida das jovens mães, suas famílias e dos cuidadores de suporte interferiram nas práticas de cuidar e na constituição do saber de experiência feita?

Além de responder as questões, têm-se os **objetivos** de:

a) identificar os desafios e os enfrentamentos que mediaram as práticas de cuidar do bebê prematuro no ambiente domiciliar;

b) analisar as práticas de cuidar do bebê prematuro como fenômeno material e existencial constituidor do saber de experiência feita das jovens mães e suas famílias.

## **1.2. Justificativa e Relevância**

O interesse pelo cuidado ao bebê prematuro no domicílio advém de minha experiência na área materno infantil, as especificidades e complexidades relacionadas à condição desse bebê quando recebe alta da terapia intensiva neonatal. A maternidade prematura traz desafios até então desconhecidos para essas jovens. O cuidar de um bebê a termo já é uma experiência de acertos e erros para qualquer mãe, quiçá o cuidado a um bebê prematuro. Aqueles que nascem com extremo baixo peso, aparência frágil e que dependeram de uma unidade de terapia intensiva neonatal para sobreviver se revelam mais desafiadores ainda para esse grupo de jovens mães.

Esses cuidados que são desconhecidos pelas jovens se configuram como múltiplos enfrentamentos no cotidiano do ambiente domiciliar. Na busca de respostas que nem sempre são elucidadas na alta hospitalar elas recorrem às pessoas mais próximas como familiares, vizinhos e amigos para lidar com as demandas de cuidados junto ao bebê. No entanto, cuidados tão similares aos de um bebê a termo podem não ser adequados para um bebê

prematureo que enfrenta ainda, desafios como a instabilidade de temperatura, o ganho de peso, a alimentação, entre outros.

Os desafios de cuidar que surgem das situações existenciais concretas desses sujeitos serão tomados como ponto de partida para a enunciação da crítica reflexiva na constituição da aliança de saberes (CABRAL, 1997). O bebê prematuro faz parte do grupo de crianças com necessidades de saúde especiais (WONG, 1999; CABRAL, MORAES e SANTOS, 2003) em função da demanda de cuidados permanentes ou temporários advindos de sua condição de maturidade biológica, ou ainda devido às causas congênitas e/ ou adquiridas.

A relação estabelecida entre a enfermeira-educadora, as jovens mães e suas famílias implicam em considerar que posição cada um ocupa na relação educativa, pois tanto uma quanto outra ora assumem o papel de educador, ora de educando. Para as jovens mães e sua família, o cuidar da criança prematura é o desafio. Já para a enfermeira, o educar para o cuidar se anuncia como situação desafiadora; portanto, ambos medeiam desafios. Na concepção freiriana, o ato educativo problematizador toma a situação desafio como ponto de partida da educação. É na aproximação com sua própria realidade, na admiração do seu contexto, que a pessoa atravessa pelos estágios de conscientização, indo da consciência ingênua para a consciência crítica (FREIRE, 1980).

Outro aspecto que merece destaque é o que tenho observado no Programa Saúde na Escola do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro<sup>4</sup>, qual seja, o afastamento de jovens da escola por motivo de gravidez e parto prematuros. A gravidez traz repercussões diversas e culmina com a evasão escolar, o que reforça a necessidade de desenvolver pesquisas que desvelem os desafios de se cuidar, em casa, do bebê prematuro no cotidiano das jovens e suas famílias.

BLASCHKAUER (2003) ao analisar os dados do IBGE referente ao censo escolar de 2000, destaca que a faixa etária entre sete e 24 anos de idade que poderia estar cursando o ensino fundamental corresponde a aproximadamente 61 milhões de pessoas. Entretanto, um terço nunca frequentou a escola; a taxa de evasão é maior entre as crianças mais velhas; 5,47% das crianças entre sete e 14 anos não frequentam a sala de aula, aumentando para 33,58% entre 15 e 19 anos. Este percentual continua a elevar-se (74,79%) na medida em que

---

<sup>4</sup> O Programa Saúde na Escola (PSE), que iniciou suas atividades no ano de 2000, está vinculado à Secretaria Estadual de Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria Estadual de Educação e Secretaria Estadual de Saúde. O PSE foi coordenado pelo Coronel Bombeiro Militar Médico Edson Ferreira Liberal no período de 2000 a 2004.

avança a faixa de idade (até 24 anos). Esses dados revelam o lado perverso da situação da educação nacional.

De qualquer forma, a taxa de analfabetismo, no Brasil, vem caindo consideravelmente em cada década. De 80 para 90, o número caiu de 25,1% para 16,7%. **O Programa Brasil Alfabetizado** (MEC, 2004) reúne um conjunto de medidas para reduzir a taxa de analfabetismo no Brasil, especialmente na definição de ações direcionadas à alfabetização de jovens e adultos, formação de alfabetizadores, entre outros para possibilitar a inclusão social e combater as desigualdades educacionais. Para tanto, viabiliza formas de ampliação do acesso e a continuidade da escolarização em todos os níveis para aproximadamente 20 milhões de brasileiros com mais de 15 anos que não tiveram, na idade adequada, acesso à escola.

Além da evasão escolar e o analfabetismo em nosso país, outro dado preocupante é o de que, no Brasil, as mulheres em idade fértil representam 25% da população, com uma taxa de risco 30 vezes superior àquelas dos países desenvolvidos e a taxa de mortalidade materna é 134 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, o que significa que a cada duas horas uma mulher brasileira morre devido a complicações na gravidez, parto e pós-parto. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DO RJ, 2004).

Segundo o artº 8º da Lei 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescente tem o direito, durante a gravidez, a receber atendimento perinatal do Sistema Único de Saúde. Para garantir uma gravidez saudável e segura, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (2004) adotou o Projeto Maternidade Segura, vinculado ao Ministério da Saúde, FEBRASGO, OPAS/OMS e UNICEF.

A FEBRASGO (2001), com o objetivo de elevar a qualidade do atendimento à saúde materno-infantil, reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal e mobilizar profissionais que atuam direta ou indiretamente nos cuidados de saúde reprodutiva, definiu oito passos para atingir a maternidade segura. Esses passos são: 1. garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher; 2. garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, e ao planejamento familiar; 3. incentivar o parto normal e humanizado; 4. ter rotinas escritas para normatizar a assistência; 5. treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas; 6. possuir estrutura adequada para atendimento materno e perinatal; 7. possuir arquivo e sistema de informação; 8. avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal.

Todas essas medidas, no entanto, parecem estar surtindo poucos efeitos sobre os índices de mortalidade no país. Porque entre as mulheres adultas a ocorrência de prematuridade foi de 5,6% entre 1997 e 2001; no entanto, essas proporções foram

significativamente superiores na faixa de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, tendo atingido, respectivamente, 25,5% e 7,4%. A ocorrência de baixo peso, da ordem de 7,8% entre as parturientes adultas, chegou a 35,2% na faixa de 10 a 14 anos e 11,7% na faixa de 15 a 19 anos, sendo as diferenças significantes, levando em conta os respectivos intervalos de confiança. (GOLDENBERG; FIGUEIREDO e SILVA, 2005)

Quanto aos índices de morbidade entre crianças e adolescentes, temos como principais responsáveis na atualidade às causas externas. O DATASUS, em seus registros coletados pelo SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) revelou que, no ano de 1998, no Brasil, 67,54% dos óbitos entre adolescentes de 10 a 19 anos deveu-se a causas externas. (OSÓRIO e LIBERAL 2003).

Associado a isso se tem as problemáticas da morbimortalidade perinatal, neonatal e pós-neonatal como um fator contribuinte para as elevadas taxas de morbimortalidade infantil.

### **1.2.1 A mortalidade perinatal e infantil: aspectos epidemiológicos**

Os índices de mortalidade perinatal que compreendem o número de óbitos fetais de 22 semanas de gestação ao sétimo dia de vida do recém-nascido são reconhecidos como o parâmetro mais apropriado para análise e orientação das intervenções no período neonatal. Porém, o seu controle é mais difícil porque resulta de uma estreita e complexa interação de fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos, demográficos e de assistência à saúde (CARTLIGE e STEWART, 1995).

A mortalidade perinatal envolve o período neonatal precoce e reflete diretamente a má qualidade da assistência prestada no período pré-natal, o que aumenta as chances de partos prematuros, doenças específicas da gravidez como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Aragão (1994) em seus estudos realizados no Rio de Janeiro sobre os óbitos perinatais, o fez centrando-se no período de 1979 e 1989 e na classificação da Fundação do Sistema Estadual de Análises dos Dados de São Paulo (SEADE). Ele encontrou que 75% dos óbitos fetais deveram-se às causas redutíveis se houvesse adequado atenção ao parto e 14%, por inadequado controle da gravidez, mostrando falhas no atendimento pré-natal. Para os óbitos neonatais, houve predomínio das causas relacionadas ao inadequado controle da gravidez, por causas que poderiam ser diagnosticadas e tratadas, diminuindo os seus efeitos e a adequada atenção ao parto. O reflexo disso está no nascimento de recém-nascidos de baixo peso e prematuridade extrema, asfixia perinatal e óbito.



Um fato importante foi apontado pelas autoras Lansky, França e Leal (2002) quanto às taxas de mortalidade perinatal, como sendo duas a três vezes maiores nos estudos brasileiros em relação ao País de Gales, principalmente nas faixas de peso ao nascer menor que 2.500g. Essa diferença acentua-se para a mortalidade neonatal precoce em crianças com peso menor que 2.000g, cujas taxas de mortalidade atingiram valores 10 a 20 vezes maiores nos estudos brasileiros, indicando maior dificuldade de acesso a leitos de berçários de riscos ou tratamento intensivo neonatal, ou mesmo a pior qualidade dessa assistência no País.

Como se comprova nas afirmações de Weirich e Domingues (2000, p.2), a redução da mortalidade neonatal é mais difícil, pois está associada tanto a fatores biológicos como à assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido. Sua prevenção envolve, principalmente, investimentos em serviços hospitalares de tecnologia mais complexa.

A mortalidade infantil é outro importante indicador de saúde da criança que reflete a qualidade da assistência à saúde, bem como do nível socioeconômico de uma população. Ela é composta pelo componente neonatal precoce, tardio e pós-neonatal.

A mortalidade infantil no período neonatal precoce compreende os óbitos ocorridos até 28 dias de vida (ocorrência de morte dentro das quatro primeiras semanas de nascimento), cujas causas estão associadas principalmente às perinatais e às anomalias congênitas. Já o componente do período neonatal tardio corresponde ao número de mortes ocorridas do oitavo ao 28º dia de vida. O período pós-neonatal ou infantil tardio abrange os óbitos ocorridos do 28º dia até um dia antes de completar um ano de vida. Cabe destacar que os casos de óbitos nesse último período relacionam-se predominantemente às doenças infecciosas e à desnutrição, passíveis de prevenção se houvesse determinação política para fazê-lo (POLLARD *et al.*, 1974; MARANHÃO, 1999).

A mortalidade pós-neonatal nos preocupa, pois está relacionada às condições de agravo à saúde relacionada ao contato ambiental, as condições de vida da família e doenças infecciosas.

Em se tratando do bebê prematuro e recém-chegado ao domicílio, torna-se mais preocupante por sua imaturidade fisiológica e suscetibilidade aos agravos externos. Os esforços na redução da mortalidade infantil continuam necessários no Brasil, embora mudanças importantes tenham sido observadas no quadro da mortalidade infantil nas últimas décadas, o perfil atual de saúde das crianças brasileiras ainda representa um grande desafio, pois ainda concorre com elevada morbidade por doenças preveníveis, que muitas vezes têm como causa associada à desnutrição (PRADO *et al.*, 2002).

O fato de as crianças menores de dois anos apresentarem maior suscetibilidade aos agravos ambientais, mórbidos e os relacionados à falta de cuidados se justifica pelas intensas e rápidas transformações do processo de crescimento e desenvolvimento desse grupo etário, bem como de sua dependência de cuidados alheios.

Quanto à taxa de mortalidade pós-neonatal em estudos realizados no Município do Rio de Janeiro, no período de 1996 a 2001, destacaram-se cinco causas de óbitos com o objetivo de demonstrar o seu decréscimo nesses últimos anos. Comparando-se os anos de 1996 e 2001, conclui-se que: a) as causas mal definidas e não específicas de mortalidade caiu de 102 óbitos em 1.000 NV para 62 por 1.000 NV; b) as pneumonias por microorganismo não específico de 116 por 1000 NV para 51 por 1.000 NV; c) as septicemias de 78 por 1.000 NV para 48 por 1.000 NV; d) a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível de 65 por 1.000 NV para 19 por 1.000 NV; e, e) as malformações congênitas cardíacas caíram de 37 por 1.000 NV para 21 por 1.000 NV (SMS/ RJ, 2003).

A possibilidade de serviços, como a central de vagas e o incentivo aos programas de saúde, direcionados à população menor de um ano de idade foram fatores que contribuíram para a redução desses índices. Porém, mesmo em se tratando de uma metrópole como a cidade do Rio de Janeiro com melhor infra-estrutura de rede hospitalar e de emergências, diferentemente de alguns municípios vizinhos, como se comprovam pelos dados da SMS, o índice de mortalidade pós-neonatal ainda permanece elevado.

Segundo a SMS (2003) os números de óbitos em menores de um ano residentes no Município do Rio de Janeiro totalizaram 1.632, e eles são maiores do que os ocorridos nas residências ignoradas (50 óbitos), conforme dados fornecidos e registrados por 26 maternidades e hospitais, bem como por outros estabelecimentos de saúde. Outro dado interessante está relacionado aos óbitos de crianças não residentes no município que chegaram a 553, levando-nos a refletir sobre a deficiência da rede de referência e contra-refêrencia para a internação e tratamento dessas crianças que procuram o município.

Para Prado *et al.* (2002), embora se observem avanços na atenção à saúde da criança, ela ainda tem acontecido de forma desordenada e isolada. Além disso, há falta de informação sistematizada que contribua, efetivamente, para o aprimoramento e redirecionamento das ações de saúde.

Enquanto isso a morbidade hospitalar por grupos de doenças, segundo a unidade da federação (UF), na faixa etária de menores de um ano, no período de 1999 (SIH/SUS, 2003), evidenciou cinco doenças como as maiores causas de internação: a) as doenças do aparelho respiratório com 265.772 casos; b) as do aparelho circulatório com 4.183 casos; c) as

infeciosas e parasitárias apresentando 167.363 casos; d) as do aparelho geniturinários evidenciados em 7.903 casos; e) as do aparelho digestivo demonstrado em 39.801 casos.

Dependendo da região do país, os agravos de morbidade se configuram de maneira mais ou menos intensa. Por exemplo, as taxas de internação hospitalar por diarreia são maiores nas regiões norte e nordeste e infecções respiratórias agudas (IRA) e bronquiolites mais evidenciadas nas regiões centro-oeste, sul e sudeste.

Quanto à estimativa da mortalidade infantil no Brasil, apesar da disponibilidade de dois sistemas de informações sobre óbitos em nível nacional, o Registro Civil e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), um dos grandes problemas que ainda limitam as análises de mortalidade no Brasil é o sub-registro de óbitos. Essa problemática tem magnitude expressiva, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, com predomínio entre as crianças com menos de um ano de idade (SZWARCOWALD et al., 2002).

Com base no sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), resultados correspondentes às taxas do período neonatal revelam a predominância de valores mais elevados para o componente neonatal precoce; maior homogeneidade e maiores valores dos coeficientes de mortalidade neonatal para as Unidades Federadas que integram as regiões sul e sudeste; valores extremamente baixos para alguns Estados das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Observou-se que a baixa oferta e o acesso limitado aos serviços do SUS são restrições relevantes para a população residente nas regiões Norte e Nordeste. Aspectos relacionados à qualidade de assistência ao parto e ao recém-nascido, igualmente, estão refletidos nas taxas em estudo (SCHRAMM e SZWARCOWALD, 2000).

Embora a mortalidade infantil tenha sofrido um decréscimo nos últimos anos, a sua ocorrência nos períodos perinatal e neonatal permanece com índices elevados. Na configuração epidemiológica, o prematuro egresso tem se mostrado vulnerável sob o importante aspecto relacionado à morbidade e à reinternação hospitalar no período pós-neonatal. Apesar da queda nos índices de mortalidade infantil no Brasil, evidenciamos, no Rio de Janeiro, o número de óbitos elevado de 26,81/1000 NV, no período perinatal e neonatal precoce de 15,61/1000 NV (DATASUS, 2001). Quanto ao período pós-neonatal, embora houvesse uma redução nos índices para 10,2/1000 NV (SINASC/ MS; SIM/MS; IBGE, 2003), ele ainda é alto considerando o impacto que exerce sobre a qualidade de vida dessas crianças.

Os dados epidemiológicos situam os bebês que apresentam maiores risco de adoecimento e morte, portanto pertencentes à categoria de crianças com necessidades especiais de saúde, e se tornam mais expostos à morbimortalidade. Quanto às jovens mães, o

risco de novo engravidamento na adolescência as expõe a taxas de morbimortalidade materna. Ambos contribuem para elevar a morbimortalidade perinatal.

### **1.2.2 As crianças com necessidades especiais de saúde**

Para Wong (1999), as crianças com necessidades especiais de saúde incluem os bebês prematuros, as crianças com doenças crônicas e incapacitantes (imunodeficiência adquirida e câncer), as portadoras de doenças congênitas, que possuam incapacidade de desenvolvimento, comprometimento por perda ou anormalidade de uma função e as crianças dependentes de tecnologia.

Do conjunto de crianças com necessidades especiais de saúde, destacamos o bebê prematuro, cujas jovens mães e suas famílias vivem a experiência de cuidar de uma criança que passou por um período prolongado de internação na unidade de terapia intensiva neonatal.

Cabral, Moraes e Santos (2003) numa pesquisa realizada em três instituições públicas do Município do Rio de Janeiro, período de 1995-2000, registraram a incidência de internação na UTIN de 72,4% devido à prematuridade. Em relação às causas congênitas, os problemas cardíacos contribuíram com 31,8% e o neurológico e digestivo totalizaram 45,4%. Quanto às demandas de cuidados especiais, as crianças com problemas respiratórios representaram 203 casos, seguido pelo imunológico com 102 casos, que requereram modificação no cuidar dessas crianças no pós-alta. O estudo concluiu que o prematuro egresso da terapia intensiva em geral apresenta demanda por cuidado de desenvolvimento e medicamentoso.

A sobrevivência deixa de ser a única meta do trabalho em saúde neonatal, percebe-se em contrapartida uma preocupação para além dos aspectos quantitativos. A qualidade de vida da criança sobrevivente passa a determinar a necessidade e a busca de um atendimento individualizado e direcionado ao desenvolvimento integral do bebê e da família. Os pais, em especial a mãe, foram inseridos no processo de trabalho em saúde, visando o fortalecimento de estímulos sensoriais ao neonato e o estabelecimento de vínculo e apego (como é o caso do Cuidado Canguru, por exemplo), além do seu preparo para o cuidado domiciliar do filho.

Scochi (1999, p. 497) contribui dizendo que, para a família de um bebê prematuro, é muito difícil estabelecer vínculo, pois se tem muita dúvida acerca da sobrevivência. Por sua vez, o sentimento de culpa por ter um filho prematuro faz com que, muitas vezes, os pais se afastem dele até que fique fora de perigo.

Esses fatores, muitas vezes impeditivos, diminuem as possibilidades de se fortalecer e estreitar elos entre a jovem mãe, sua família e a criança. Cria-se um abismo entre o

nascimento inesperado de um ser inacabado - o “bebê prematuro” - e o vínculo das jovens mães, suas famílias e o bebê.

Inicia-se uma busca desenfreada pelo bebê gerado no tempo de antes (a adolescência) e que nasceu antes do tempo programado pela natureza humana (a prematuridade), com o grande desafio de reconhecer o filho – um bebê prematuro - para cuidar dele logo depois, sem a ajuda dos profissionais da UTIN. O bebê, que no início da vida, necessitou de várias pessoas e vários aparelhos para sobreviver, será entregue a eles para que proporcionem uma vida e uma infância saudáveis (RODRIGUES, 2000).

Finalizando a justificativa da pesquisa, ressalto a necessidade de se empreender medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas à etapa de vida da adolescência como um dever do Estado, da escola, da família, dos profissionais de saúde e da sociedade.

## 2. OS ALICERCES TEÓRICOS

A busca pela melhoria na qualidade de vida de jovens mães e dos sobreviventes da UTIN tem sido uma preocupação constante de todos os profissionais de saúde. Nesse ponto, o papel desempenhado pela (o) enfermeira (o), ganha destaque porque visa não só o cuidado, mas a educação participativa, através de uma escuta sensível mediada pelo diálogo. Essa possibilidade se torna mais estreita quando se institui o cuidado centrado na família, possibilitando a aproximação do profissional de saúde com os sujeitos no cuidado domiciliar, que através da práxis e no contexto dos sujeitos torna-se um elo para a superação dos desafios.

A enfermagem, ao rever o seu papel social, concentra-se no desenvolvimento do ato educativo dialógico, diferente do ato educativo “bancário” na perspectiva freiriana. Isso se dá através da aproximação das vivências e experiências das jovens mães e suas famílias, empreendendo um modelo de educação dialógica que promova um pensar sobre a realidade na qual elas estão imersas, havendo a participação de todos com a troca e a construção de um saber constituído pela experiência.

Os saberes e práticas de cuidar, de bebês prematuros egressos da UTIN mediados pela (o) enfermeira (o) na relação com a família, já foram apresentados por Cabral (1997). Segundo a autora, trata-se de uma prática de cuidar orientada pelas vivências e experiências do senso comum, apoiada em um corpo de conhecimentos, por vezes desagregado de idéias, mas que foi transmitido por gerações no ambiente sociofamiliar.

Cabral (op. cit.) entende que o aprendizado se reveste de um corpo de conhecimento, construído a partir de diferentes fontes, seja do senso comum ou da historicidade de cada pessoa, em especial, da mulher como pessoa que foi criada, socializada e educada para o exercício da maternidade. Faz-se necessário uma aproximação aos saberes das jovens mães que viveram o desafio ou a situação-limite, para redescobrir o corpo de conhecimento acerca da estimulação junto à criança, que esteve momentaneamente adormecida, mas que se ressignifica na ajuda mútua com a troca de experiências com suas famílias e vizinhos.

A concepção de família que orienta a prática assistencial nas unidades de terapia intensiva neonatal, no Brasil, ainda restringe o núcleo familiar à jovem mãe e ao pai, entendendo ser necessário o fortalecimento do vínculo mãe e filho e/ ou pai-filho. Contudo, são raros os serviços que desenvolvem intervenções dirigidas aos demais membros da família, como os avós, tios e irmãos (SCOCHI, 1999). Entretanto, essa é uma necessidade, pois a formação de vínculo da família junto à criança compreende a inserção de outros membros da unidade familiar na relação com o cuidado institucionalizado no ambiente hospitalar. Por

outro lado, outros cuidadores do núcleo familiar não têm acesso ao ensino sobre o cuidar (orientado ou instruído) que a enfermeira realiza, e, por vezes, na relação com jovem mãe e a família, as experiências e vivências de cuidar dessas pessoas se conflita com as informações fornecidas no ambiente hospitalar. O modelo de educação “bancária” dessa prática pedagógica é excludente e geradora de conflito, o que determina a sua falência.

É possível que seja um caminho árduo para trabalhadores de enfermagem que, comumente, decidem o que precisa ser identificado, orientado e avaliado. Nessa nova perspectiva do cuidado centrado na família, anteriormente discutido, a enfermeira pode vir a ser um elo entre a família e o serviço de saúde, um mediador da linguagem científica e, principalmente, um facilitador da apropriação de conhecimentos pelos familiares, tornando acessível e viável a sua incorporação no contexto de vida (CUNHA, 1997).

Todo um trabalho é dispensado na recuperação dos recém-nascidos que ficam internados por tempo prolongado, e o retorno ao seio familiar depende de intervenções educativas de orientações para o pós-alta que se inicia no primeiro contato, desde a internação até culminar com a saída do bebê prematuro e de sua jovem mãe para o domicílio. Além disso, o retorno para acompanhamento ambulatorial (*follow up*) é importante para corrigir as distorções que podem surgir, e que de uma certa forma auxiliará no estabelecimento de parâmetros de controle de problemas futuros com a criança, mas também funcionará como mediador na melhoria do atendimento.

Nessa perspectiva, em atividades de educação em saúde que devem permear o cotidiano das interações da enfermeira (uma educadora permanente), cabe instrumentalizar o ser humano, a partir de suas experiências, visão de mundo e necessidades, ajudando-o a superar a análise ingênua e alienada da realidade, construindo o bom senso. Nessa relação, um saber não se sobrepõe ao outro, pois os conhecimentos erudito e popular são complementares.

A participação dos pais na assistência tem suscitado novos estudos sobre o papel e o envolvimento da jovem mãe e sua família no seguimento do bebê prematuro. Entretanto, necessitam da ampliação de valores, para além dos aspectos biológicos, sociais e subjetivos, contemplando o contexto social e familiar em que vive cada criança permitindo uma assistência integral à saúde (MELLO e ROCHA, 1999).

Precisamos, na condição de educador, permitir que o familiar cuidador se aproxime dessa nova realidade sem amedrontá-lo com nosso poder hegemônico e o conhecimento tecnicista a fim de torná-lo um parceiro do cuidado, permitindo a incorporação dos saberes para que ocorra a elaboração do cuidado junto ao seu filho no domicílio.

O diálogo tem significação precisamente porque os sujeitos dialógicos não apenas conservam sua identidade, mas a defendem e assim crescem um com o outro. O diálogo, por isso mesmo, não nivela, não reduz um ao outro. Nem é favor que faz o outro. Nem é táticas manhosas, envolventes, que um usa para confundir o outro. Implica, ao contrário, um respeito fundamental dos sujeitos nele engajados, o que o autoritarismo rompe ou não permite que se constitua. Assim também a licenciosidade, de forma diferente, mas igualmente prejudicial. “(...) O diálogo pedagógico implica tanto o conteúdo ou o objeto cognoscível em torno de que gira, quanto à exposição sobre ele feita pelo educador ou educadora para os educandos” (FREIRE, 2001, p. 118).

Cabral (1998) nos diz que o estilo de cuidar das mães resulta da herança cultural do cuidado à criança apreendida no meio familiar e social do grupo a que pertence, e correspondem àquelas práticas transmitidas através de gerações. A enfermagem e a família têm o dever de prover prevenção, promoção e recuperação da saúde e reabilitação da criança implicando no conhecimento da legislação de proteção à infância, tendo em vista os direitos da cidadania que são assegurados para esse grupo da população (CABRAL *et al.* 2002). Na construção dessa relação legal do cuidado, devemos tomar por bases teóricas a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); a Declaração dos Direitos da Criança, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (N. ° 7.498/86) e seu Decreto Regulamentador, entre outros.

Por isso devo ainda concordar com Cabral *et al.* (2002), pois no que tange aos enfermeiros ou enfermeiras, o conjunto de Leis, Resoluções, decisões etc. contém informações que visam à proteção do cliente contra riscos e danos, por um lado; e de práticas profissionais negligentes, omissas e imperitas, por outro. A prática profissional implica no cumprimento de atividades que atendam os direitos da criança e do adolescente à saúde, à vida e à proteção contra riscos à sua integridade física. Portanto, trata-se de um dever profissional, o desenvolvimento de uma prática assistencial e de pesquisa isenta de riscos, perante a criança, em respeito à legislação e ao padrão de qualidade da prática de enfermagem.

Quando o (a) enfermeiro (a) se instrumentaliza para assegurar os cuidados mediados no ato educativo dialógico junto aos seus sujeitos, este (a) se potencializa não só na qualidade dos cuidados ministrados à jovem mãe e ao bebê prematuro, mas também na possibilidade de que os responsáveis pelo cuidado o ministrem dentro da legalidade e da cidadania tendo o direito de desfrutá-los junto a sua família e os seus semelhantes.



Há uma infinidade de outras situações vividas pelas jovens mães e suas famílias no relacionamento com o cuidado diário do bebê prematuro, mostrando que na prática o saber acadêmico pode ser incorporado ao saber empírico ou vivencial de cada cultura familiar desde que não se transgridam regras de zelo e na preocupação para com o acompanhamento no seguimento desse cuidar especial.

Freire (2001) chama a atenção para o respeito a esses saberes, dizendo que ele se insere no horizonte maior - o do contexto cultural - que não pode ser entendido fora do corte de classe, até mesmo em sociedades de tal forma complexas em que a caracterização daquele corte é menos facilmente apreensível. Então, o respeito ao saber popular implica necessariamente no respeito ao seu contexto cultural. A localidade dos educandos é o ponto de partida para o conhecimento que eles criam do mundo. “Seu” mundo, em última análise, é a primeira e inevitável face do mundo mesmo.

Diante do exposto, acredito na possibilidade de articulação de saberes mediada por um diálogo educativo, substituindo os discursos verticais, comuns aos modelos tradicionais de educação em saúde, pelo discurso dialógico. É preciso aprender a ouvir mais essas famílias para estabelecer uma prática educativa fundamentada na negociação, no compartilhamento de experiências de cuidar em enfermagem e cuidar em família.

### 3. O Percurso Metodológico

#### 3.1. A abordagem e os procedimentos de pesquisa

A abordagem qualitativa foi adotada nesta pesquisa porque foram tratadas questões subjetivas relacionadas à vida das jovens mães e suas famílias no papel de cuidadoras de bebês prematuros egressos da unidade de terapia intensiva neonatal. Meu interesse incidiu sobre suas experiências e vivências, o universo de significados, as motivações, as aspirações, as crenças, os valores e atitudes correspondentes a um espaço mais profundo das relações sociais, dos processos e dos fenômenos que não nos permitiram reduzir à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1996).

A conjugação dos métodos de observação participante com o criativo e sensível foi viabilizada pela triangulação das técnicas de entrevista, observação participante e das dinâmicas de sensibilidade e criatividade (árvore do conhecimento e linha da vida) do método criativo e sensível possibilitou adentrar por esses campos de significados e toda a complexidade do modo de vida daquelas pessoas.

A entrevista estruturada dirigida foi desenvolvida com os participantes da pesquisa (Anexo C) orientada por um questionário com perguntas fechadas e diretas, a fim de evitar “desvios” da ordem e do tema preestabelecido. Como todos os entrevistados responderam as mesmas questões (SOUZA, 1998), os dados obtidos contribuíram para aproximar a pesquisadora dos participantes da pesquisa, e com isso elaborar a caracterização das jovens mães, suas famílias, os agentes comunitários de saúde, os cuidadores de suporte e os bebês prematuros.

A observação participante contribuiu para não só se observar o fenômeno, registrar e descrevê-lo, desvelando assim os atores sociais, seus costumes e a comunidade onde viviam os participantes da pesquisa. O ambiente físico, o comportamento e o modo de vida interferiram em alguns momentos na realização das dinâmicas de criatividade e sensibilidade que aconteceu no domicílio das jovens mães e suas famílias.

Esta possibilitou um contato estreito da pesquisadora e de minha auxiliar na pesquisa<sup>5</sup> com a realidade existencial dos sujeitos do estudo, porque nos inserimos no contínuo da observação na condição de observador como participante, pois tanto a comunidade como os participantes da pesquisa eram conhecedores da proposta de investigação e seus objetivos.

---

<sup>5</sup> 2º Tenente BM Enf. Fraia, do Programa Saúde na Escola, que participou da pesquisa como minha auxiliar durante todas as visitas domiciliares e nas dinâmicas a árvore do conhecimento e a linha da vida com a jovem mãe “AC” e sua família.

Associadas à entrevista e observação participantes, foram realizadas as dinâmicas de criatividade e sensibilidade (DCS) do método criativo e sensível (CABRAL, 1998). Elas constituíram um espaço de criação e expressão, onde as famílias enunciaram suas concepções, experiências e vivências com sobre como superaram seus desafios frente ao cuidado no domicílio de seus bebês prematuros.

A conjugação dessas ferramentas possibilitou a preparação dos participantes do grupo para o diálogo, facilitou a organização do pensamento enunciar do discurso e direcionou o processo de análise com intervenções do pesquisador, apenas como coordenador.

No que tange à dinâmica de criatividade e sensibilidade do método criativo e sensível, ela possui um caráter dinâmico impulsionador do processo criativo e sensível revelado nas produções artísticas. Tais produções são fundamentais para a condução de determinados tipos de problemas de pesquisa, quando se deseja trazer à tona questões latentes, que têm uma conotação aparentemente sem importância no plano do imediato e que são difíceis de serem socializadas.

Quando falo de questões latentes, refiro-me ao conhecimento que está na zona de latência na concepção de Cabral (1998), ou seja, uma memória latente constituída por essas famílias acerca do parto prematuro, da passagem do filho pela UTIN, dos procedimentos de sobrevivência nele realizado, a condição de “bebê frágil” que necessita de cuidados domiciliares diferenciados do cuidado hospitalar.

Enquanto o cuidado hospitalar é um cuidado profissional que se fundamenta no saber científico, o domiciliar é um cuidado familiar alicerçado no saber do senso comum ainda pouco revelado. Nesse sentido, a DCS, segundo a autora (op cit), proporciona, além da produção artística, as narrativas que constituem o relatório da pesquisa. A produção artística dos participantes e o relatório (fontes primárias da pesquisa) são codificados em temas, decodificados em subtemas e recodificados sob a forma de síntese temática. A discussão grupal que ocorre no interior da dinâmica contribui ainda para a validação dos enunciados dos sujeitos da pesquisa.

### **3.2 Para encontrar os sujeitos da pesquisa**

Para encontrar os atores sociais que participaram da pesquisa, reportamos-nos ao Centro Integrado de Educação Pública (CIEP) – 241 Nação Mangueirense e a Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila Olímpica da Mangueira.

No primeiro local, realizamos um levantamento (nos registros do CIEP) de jovens que se afastaram da Escola por abandono, transferência, trancamento de matrícula ou em licença maternidade. Na segunda e terceira, buscamos, nos registros institucionais, aquelas jovens com história de gravidez prematura e nascimento de filhos prematuros, que foram atendidas pelas Unidades.

### **3.3 Os sujeitos da pesquisa e suas particularidades**

O resultado dessa busca nos levou a seis jovens mães, cujos filhos nasceram prematuros, sendo que cinco preencheram os critérios de inclusão. Para elas, foi aplicado o questionário de caracterização dos sujeitos (Anexo B). Uma jovem foi excluída da pesquisa porque, embora o filho tenha nascido prematuro, ele não precisou de internação em uma UTIN.

Para que as jovens mães e suas famílias participassem da pesquisa, era preciso pertencer à comunidade; ter engravidado entre 12 e 18 anos (faixa etária relacionada à adolescência, segundo a Lei 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>6</sup>); ter filho com nascimento prematuro (entre 28 e 36 semanas de gestação), que passou pela UTIN e que no momento de realização da pesquisa tinha entre quatro meses e três anos de idade. Todos estavam vinculados a um ambulatório de seguimento (*follow-up*). Foram incluídas as jovens mães que aceitaram participar na condição de voluntária da pesquisa. Já os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram incluídos porque eram responsáveis pelo atendimento às famílias como membros da equipe do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Essa condição os inseriam na rede social e de apoio aos cuidados realizados pela jovem mãe e sua família junto ao bebê prematuro. Em momentos eventuais, contamos ainda com a participação de vizinhos que atuavam como cuidadores ocasionais externos à família.

O quantitativo de atores sociais envolvidos com o estudo foi de 27 pessoas. Destes, 05 mulheres foram às facilitadoras do encontro com as jovens e seus familiares (Diretora Adjunta do CIEP, Diretora da UBS, Enfermeira da UBS e coordenadora do PACS, a cunhada do Presidente da Associação de Moradores da comunidade da Mangueira Enfermeira do PSE e auxiliar na pesquisa); além de 03 homens (Secretario Estadual de Esportes e do Coordenador do Programa Social da Mangueira, Coordenador da Vila Olímpica da Mangueira e Diretor do CIEP). Além de contar com as participantes das dinâmicas: 16 mulheres e 3 homens (jovens

---

<sup>6</sup> De acordo com ECA Lei n.º 8069 de 13 de julho de 1990, no Artigo 2.º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente entre 12 e 18 anos de idade.

mães, familiares, cuidadores de suporte e ACS), discriminados abaixo por sua afinidade com as jovens mães, laços consangüíneos e facilitadores para a realização na pesquisa.

Para circular na comunidade e chegar à residência das jovens mães e seus familiares, contamos com o apoio de uma enfermeira da UBS e coordenadora do PACS, quatro Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e uma Enfermeira do Programa Saúde na Escola (auxiliar na pesquisa).

Como resultado dessa incursão no seio da Comunidade da Mangueira, participaram da pesquisa cinco jovens mães e seus respectivos grupos familiares (duas avós, uma tia, um tio, um cunhado e duas primas), além de três vizinhos cuidadores residentes na comunidade da Mangueira; três agentes comunitárias de saúde pertencentes à Unidade Básica de Saúde (UBS) e moradoras na comunidade; uma agente comunitária de saúde, tia de uma das jovens mães (“AC”); uma auxiliar de pesquisa, uma enfermeira coordenadora do PACS e da UBS e eu na condição de pesquisadora de campo.

Particularidades comuns a todas as jovens mães foram a gravidez na adolescência, o parto prematuro, a permanência do filho em uma UTIN e a sobrevivência do filho. Duas tiveram bebês prematuros por parto normal e três por cesárea e três apresentaram gravidez de alto risco. Três viviam com seus companheiros adultos em residência própria, uma com o companheiro adolescente (17 anos) e moravam na casa da avó do companheiro, e uma não tinha companheiro e morava com sua família.

Para fins de preservação do anonimato dos diferentes participantes na pesquisa, a identificação foi feita pelas iniciais de seus nomes (três das jovens mães: “AC”, “S”, “K”) e por redução de seus nomes (duas jovens mães irmãs: “Rege”, “Regi”), com os respectivos destaques de aspas (“”). Abaixo trago as peculiaridades, o contexto e a história de cada uma das jovens mães, familiares, cuidadores de suporte e ACS que participaram da pesquisa, corporificando a dimensão do fenômeno estudado.

#### **A jovem mãe “AC”...**

“AC”, 17 anos, cursou até a 6<sup>a</sup> série do ensino fundamental. Vive com uma renda familiar de um salário mínimo nacional<sup>7</sup>. Era gesta III/ para II. Teve uma filha por parto normal (“NK”), com IG: 28 semanas, peso ao nascer de 1.260g, Apgar: Não informado, ficou na UTIN por 45 dias devido à prematuridade. Atualmente, o filho tem 01 ano e apresentava dermatite. “A”, 68 anos, era avó materna da jovem e bisavó da bebê prematura (“NK”) que cedeu gentilmente sua casa para que realizássemos as dinâmicas (arvore do conhecimento e

---

<sup>7</sup> Valor à época de R\$ 300,00.

linha da vida). Sua filha “MR”, 31 anos e tia de “AC”, também participou das dinâmicas, assim como o irmão “P”, 31 anos, tio de “A.C” e “Déb”, 27 anos, sua esposa e Agente Comunitária de Saúde.

#### **As jovens mães e irmãs: “Rege” & “Regi”...**

“Rege”, 14 anos, interrompeu os estudos na 7<sup>a</sup> série do ensino fundamental. Vive de uma renda mensal de 02 a 03 salários mínimos. É gesta I para I. seu parto foi cesárea, apresentou a síndrome hipertensiva da gravidez como intercorrência. “AS” nasceu de 36 semanas de idade gestacional, pesando 2.700g, não sabia informar quanto fora o apgar, mas informou que o bebê ficara 05 dias internado na UTIN por problemas respiratórios; seu filho tinha agora quatro meses de idade e encontrava-se no momento em boas condições de saúde.

“Regi”, 16 anos, quando parou de estudar estava na 1<sup>a</sup> série do ensino médio. Vivia de uma renda mensal de 01 salário mínimo. É gesta II/ para II. As duas filhas haviam nascido de parto cesáreo e nas duas gestações evoluíram para Síndrome Hipertensiva da Gravidez. Era mãe de duas meninas “DC” e “DV”. A primeira nasceu com 32 semanas de idade gestacional, peso 1.800g, apgar 08/09, permaneceu 15 dias internada na UTIN. No momento da pesquisa DC tinha ano de idade e estava em boas condições de saúde. A segunda filha (“DV”) nasceu com 1.800g, apgar de 03/07, ficou internada 30 dias na UTIN e os motivos da internação foram a prematuridade e o esforço respiratório. No momento da pesquisa, “DV” estava com três anos de idade e se apresentava com boas condições de saúde.

“J”, 26 anos, Agente Comunitária de Saúde das jovens mães e irmãs: “Rege & “Regi” e sua família”, moradora da mesma localidade de uma das jovens mães no Buraco Quente e “T”, 12 anos, era uma prima de “Rege” & “Regi”.

#### **A jovem mãe “S”...**

“S”, 16 anos, parou de estudar na 8<sup>a</sup> série do ensino fundamental. Vivia com uma renda de 02 a 03 salários mínimos procedente do trabalho do companheiro adulto. É gesta II/ I, sua filha nasceu de parto normal, porém com prematuridade. A menina (“L”) havia nascido com 35 semanas, pesando 2.525g, apgar 09/10 e ficou internada na UTIN por dois dias. Estava com seis meses de idade e apresentava-se com diarreia persistente.

“D”, 24 anos, era a agente comunitária de saúde de “S” e sua família, “G”, 09 anos, Prima de “S” a ajudava nos cuidados diários com “L”, além de “Sid”, 17 anos, cunhado da jovem mãe, “Sal”, 47 anos, “Fla”, 19 anos e “Curió”, 22 anos, vizinhos de “S” e cuidadores de suporte à jovem mãe e sua família.

### A jovem mãe “K”...

“K”, 15 anos, estava cursando o 3º ano do ensino médio. Vivia com uma renda de dois a três salários mínimos. Era gesta I/ para I. Seu filho nasceu de parto cesáreo devido à Síndrome Hipertensiva da Gravidez, o que a levou a permanecer na UTI materna por dois dias. O menino nasceu com idade gestacional de 28 semanas, pesando 1.200g, com apgar de 01/05, tendo permanecido internado por 45 dias na UTIN. Estava com 03 anos de idade e encontrava-se, no dia da visita, com entorse em MSD (acidente doméstico).

“V”, 47 anos, era a agente comunitária de saúde do grupo familiar de “K”. “MS”, 43 anos, era mãe de “K” e avó de “T” e ambas participaram da dinâmica árvore do conhecimento na casa da jovem mãe.

A descrição dos participantes do estudo foi sintetizada nos Quadro I e II com a finalidade de revelar o lugar social de cada um e demarcar as condições de produção dos seus discursos.

### 3.4 As estratégias operacionais da pesquisa

O cenário da pesquisa foi à comunidade da Mangueira, mais especificamente o domicílio das jovens mães e suas famílias. Para se chegar até elas, algumas estratégias operacionais foram previstas e facilitadas pelas particularidades da organização social da comunidade.

Inicialmente, reunimo-nos com as lideranças locais para a obtenção de consentimento para circular na comunidade. A visita domiciliária foi à estratégia utilizada para chegar às residências das jovens mães e suas famílias.

**Quadro I.** Caracterização dos sujeitos da pesquisa. As jovens mães

JOVENS MÃES							
Iniciais	Idade na Gravidez	Escolaridade	Renda Mensal	Gesta/ para	Tipo de Parto	Intercorrência gestacional	Dados sobre o bebê
“AC”	17 anos	Parou na 6ª série do ensino fundamental	01 SM	III/II	Normal	-	“NK”. IG: 28 semanas Peso ao nascer: 1.260g Apgar: Não informado UTIN: 45 dias MI: Prematuridade Idade atual: 01 ano Condição de saúde: Dermatite
“Rege”	14 anos	Parou na 7ª série do ensino fundamental	02 a 03 SM	I/I	Cesáreo	SHG	“AS” IG: 36 semanas Peso ao nascer: 2.700g Apgar: Não sabia informar UTIN: 05 dias MI: Esforço respiratório Idade atual: 04 meses Condição de saúde: Boa

JOVENS MÃES							
Iniciais	Idade na Gravidez	Escolaridade	Renda Mensal	Gesta/para	Tipo de Parto	Intercorrência gestacional	Dados sobre o bebê
“Regi”	16 anos	Parou na 1ª série do ensino médio	01 SM	II/II	Cesáreo	SHG	“DC” IG: 32 semanas Peso ao nascer: 1800g Apgar: 08/09 UTIN: 15 dias MI: Prematuridade, Esforço respiratório. Idade Atual: 01 ano Condição de saúde: Boa “DV” IG: 31 semanas Peso ao nascer: 1830g Apgar: 03/07 UTIN: 30 dias MI: Prematuridade, Esforço respiratório. Idade Atual: 03 anos Condição de saúde: Boa
“S”	16 anos	Parou na 8ª série do ensino fundamental	02 a 03 SM	II/I	Normal	Trabalho de Parto Prematuro	“L” IG: 35 semanas Peso ao nascer: 2.525g Apgar: 09/10 UTIN: 02 dias MI: Prematuridade Idade Atual: seis meses Condição de saúde: Diarréia Persistente
“K”	15 anos	Cursando o 3º ano do ensino médio	02 a 03 SM	I/I	cesáreo	SHG	“T” IG: 28 semanas; Peso ao nascer: 1.200g Apgar: 01/05 UTIN: 45 dias MI: Prematuridade extrema Idade Atual: 03 anos Condição de saúde: Entorse em MSD (acidente doméstico)

LEGENDA: SM= Salário Mínimo; SHG = Síndrome Hipertensiva da Gravidez; IG= Idade Gestacional; UTIN = Unidade de Terapia Intensiva neonatal; MI= Motivo da Internação; MSD= Membro Superior Direito.

A primeira visita teve o propósito de apresentação da equipe de pesquisadoras às jovens mães e suas famílias e explicação sobre a pesquisa. Nesse momento, foi solicitado, após leitura e esclarecimentos, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (Anexo A).

## Quadro II. Caracterização dos sujeitos da pesquisa. Os cuidadores de suporte

FAMILIARES. CUIDADORES DE SUPORTE. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE		
Participante	Idade	Relação com a jovem mãe
“A”	68 anos	Avó de “AC” e bisavó de “NK”
“MR”	31 anos	Tia de “AC”
“P”	31 anos	Tio de “A.C.”
“Deb”	27 anos	Agente Comunitária de Saúde e Tia de “AC.”
“M S”	43 anos	Mãe de “K” e avó de “T”
“V”	47 anos	Agente Comunitária de Saúde de “K” e sua família
“G”	09 anos	Prima de “S”
“Sid”	17 anos	Cunhado de “S”
“Sal”	47 anos	Vizinha de “S”
“Fla”	19 anos	Vizinha de “S”
“Curió”	22 anos	Vizinho de “S”
“D”	24 anos	Agente Comunitária de Saúde de “S” e sua família
“T”	12 anos	Prima de “Rege & Regi”
“J”	26 anos	Agente Comunitária de Saúde de “Rege & Regi” e sua família

Durante a visita, foi aplicado o questionário (Anexo B), cujos dados foram compatibilizados nos Quadros I e II das jovens mães e suas famílias na dinâmica árvore do



conhecimento e linha da vida. Além disso, procedemos ao registro das observações sobre o modo de vida da comunidade e os diálogos com os residentes locais em um diário de campo (no **Capítulo I - As jovens mães e suas relações sociais: contextualizando suas condições discursivas**).

Para a produção dos relatórios da pesquisa, que constituíram a fonte primária de dados, foram empreendidos seis passos, os quais passo a descrever.

#### **A rede de contatos e relações. O CIEP-241 Nação Mangueirense: 1º passo**



**Figura 1- Centro Integrado de Educação Pública 241. Nação Mangueirense.  
(Fotografia. LIRA, 2004)**

A escolha pela comunidade da Mangueira deveu-se ao fato de que o CIEP 241 – Nação Mangueirense (Figura 1) é um Pólo do Programa Saúde na Escola (PSE) do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, onde atuo como oficial enfermeiro. Localiza-se nas proximidades do Morro da Mangueira, no bairro de São Francisco Xavier; e o Programa Saúde na Escola é implementado por uma equipe multidisciplinar capaz de atender às necessidades e às demandas dos outros CIEP de sua área. A equipe é composta por dois médicos (um clínico e um pediatra), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, um nutricionista, um fonoaudiólogo, um assistente social e um psicólogo.

As primeiras visitas ao CIEP-241 se deram no mês de junho de 2004, quando apresentamos o propósito da pesquisa ao Diretor Geral do CIEP e à Diretora Adjunta e levantamos as exigências necessárias à sua realização. Nesse mês, também nos aproximamos dos demais membros da equipe de saúde do PSE que atuavam no CIEP, cumprimos as exigências formais para a captação dos sujeitos da pesquisa a partir dos registros do CIEP, e obtivemos a colaboração do Diretor Geral que nos apontou para a necessidade de se aproximar da Vila Olímpica, de conhecer algumas lideranças da comunidade na busca de apoio para transitar em condições de segurança sem causar estranhamento à comunidade.

### **A rede de contatos e relações. O CIEP e A Vila Olímpica da Mangueira: 2º passo**

A aproximação com a Vila Olímpica da Mangueira se deu através do Diretor Geral do CIEP, que, gentilmente, nos acompanhou e nos apresentou aos líderes comunitários, pessoas chaves para iniciar a proposta da pesquisa.

Esse encontro oportunizou a exposição da pesquisa, seus propósitos e etapas operacionais para os líderes da comunidade, os quais ouviram atentamente, inclusive, explicamos o lugar social de onde falávamos, como aluna de mestrado de uma Universidade, a formação acadêmica de enfermeiras e a atuação profissional em uma Unidade Hospitalar da Secretaria Municipal de Saúde.

A incursão pela comunidade na companhia do Diretor Geral do CIEP foi decisiva para o acolhimento da pesquisa pelas diferentes lideranças comunitárias. Mesmo procedimento foi adotado com o líder do “Programa Social da Mangueira”, que nos recebeu com sorriso, ouviu-nos atentamente e nos apresentou à enfermeira da UBS. Com ela, agendamos o próximo encontro a fim de saber de que forma ela poderia colaborar conosco.

Nesse mesmo dia, ainda conversamos com mais uma liderança local, que naquele momento atuava como Secretário Estadual de Esportes do Rio de Janeiro. Ele apontou para a necessidade de estabelecer contato com a esposa do Presidente da Associação de Moradores da Mangueira, cujo telefonema foi viabilizado imediatamente. Enquanto aguardávamos as negociações para a nossa entrada na comunidade, esperávamos acomodadas em um sofá da sala. Acordamos o melhor dia para uma entrevista com a pessoa em apreço e nos despedimos.

### **A rede de contatos e relações. A Vila Olímpica da Mangueira, a Unidade Básica de Saúde da Comunidade da Mangueira e a esposa do Presidente da Associação de Moradores da Mangueira: 3º passo**

No final de junho de 2004, reunimo-nos com a enfermeira coordenadora do PACS da UBS Mangueira e a esposa do Presidente da Associação de Moradores da Comunidade da Mangueira. Para ambas, explicamos os propósitos da pesquisa, suas etapas de operacionalização e nossa inserção como pesquisadora na Comunidade.

Através da enfermeira coordenadora do PACS da UBS Mangueira, tivemos acesso à base de registro da Unidade, onde identificamos os potenciais sujeitos da pesquisa e os Agentes Comunitários de Saúde, pessoas chaves na movimentação das pesquisadoras na

comunidade. Já por meio da esposa do Presidente da Associação de Moradores da Comunidade da Mangueira foi possível circular na comunidade, pois ela apoiou a iniciativa do estudo, comunicando à comunidade quem éramos e o que estávamos nos propondo fazer. Foi fundamental sua divulgação ao máximo de pessoas possíveis quais eram as nossas intenções com as idas e vindas no morro, que passariam a ocorrer posterior à concordância da comunidade.

#### **A rede de contatos e relações. A Enfermeira Coordenadora do PACS e da UBS da Mangueira, o primeiro contato com os ACS e a reunião com a Diretora da UBS: 4º passo**

No mês de julho de 2004, estabeleci contato com a Diretora da UBS, através da enfermeira, para que obtivéssemos a autorização institucional de acesso à base de registro, aos ACS e a sua própria participação na pesquisa. Desde que cumpridas as exigências formais relativas à condição de pesquisa acadêmica, e que o projeto fosse submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ), não haveria quaisquer restrições ao desenvolvimento da pesquisa, inclusive com a participação dos ACS e da enfermeira.

Nesse mesmo dia, fomos apresentadas aos Agentes Comunitários de Saúde, os quais nos acolheram e com muita presteza aceitaram nos conduzir pela Comunidade pois já conheciam pessoas que se enquadravam nos critérios qualitativos eleitos para a captação dos participantes na pesquisa. Após uma breve conversa, despedimo-nos.

Nossa aproximação e inserção no cenário da pesquisa foram essenciais para chegar às jovens mães e suas famílias e delas emergirem o concreto existencial. Houve um grande aprendizado de vida para todas nós.

A entrada em um habitat que não é o nosso traz, em contrapartida, a necessidade de se conhecê-lo em suas entranhas, conquistar a confiança daqueles que virão a atuar como sujeitos. Só assim é possível dimensionar a sua problemática e reconhecer suas semelhanças dentro do estudo. Nesse sentido, vemos que os antecedentes foram vitais para entrar nas casas das pessoas de forma ética e responsável.

#### **A rede de contatos e relações. As visitas domiciliárias: 5º passo**

Realizamos as visitas domiciliárias dos meses para aplicação do questionário às jovens mães (“AC”, “S”, “K”, “Regi” e “Rege”) e suas famílias, para realizar a caracterização, sempre em companhia da enfermeira coordenadora do PACS da UBS da Mangueira, das

agentes comunitárias de saúde e de uma enfermeira do PSE (auxiliar na pesquisa). Esses encontros viabilizaram o agendamento das dinâmicas de criatividade e sensibilidade, de acordo com a disponibilidade e conveniência de cada jovem mãe e família.

### **A rede de contatos e relações: a realização das dinâmicas de criatividade e sensibilidade:**

#### **6º passo**

Além dos dados coletados através da aplicação do questionário e da descrição do diário de campo, foram realizadas as dinâmicas de criatividade e sensibilidade. Antecedendo essas dinâmicas, promovemos atividades para descontrair e relaxar os participantes do grupo (CASTILHO, 1995; GOLEMAN, 1999), além de favorecer o estabelecimento de vínculos.

A apresentação de cada participante do grupo e a escolha do nome pelo qual gostaria de ser identificado foi o aspecto comum a todas as dinâmicas realizadas com a jovem mãe e sua família. Oferecemos um pequeno lanche ao final de cada encontro para consolidar a confraternização e nos tornarmos mais próximos. A duração das dinâmicas foi de aproximadamente de 40 minutos a 45 minutos, incluindo-se a apresentação individual. Foram implementadas as dinâmicas árvore do conhecimento (com as cinco jovens mães e cinco grupos familiares) e linha da vida (com uma jovem mãe e sua família).

Durante a realização das dinâmicas, a equipe de pesquisadoras (minha auxiliar de pesquisa e Eu) registrávamos no diário de campo as interações dos participantes e suas conversas paralelas, além disso, fotografávamos e atendíamos às suas solicitações.

As dinâmicas que foram planejadas para os diferentes grupos de família contaram sempre com uma questão geradora de debate. Durante a dinâmica, aproveitei a infra-estrutura disponível no domicílio de cada família. Os dias e os horários marcados atendiam às conveniências de cada jovem mãe e sua família. Os encontros foram gravados em fitas de áudio e fotografados sempre com a autorização prévia dos participantes.

### **3.5 As dinâmicas de criatividade e sensibilidade**

#### **a) A produção de dados na dinâmica árvore do conhecimento**

De forma análoga e metafórica, os participantes da dinâmica relacionam o crescimento e desenvolvimento de uma árvore ao de uma criança. Então, isso constituiu a fundamentação para a agregação de conhecimentos necessários ao processo de crescimento e desenvolvimento da criança e as demandas de cuidados inerentes a ele (CABRAL, 1998). Os desafios relacionados às transformações do corpo do bebê prematuro e a aquisição de

habilidades cognitivas e motoras estão intrinsecamente relacionadas ao cuidado que o adulto (família) teve com ele.

Empreendemos a dinâmica respeitando os seus cinco momentos: 1º) organização e disposição do material no ambiente: o desenho de uma árvore em um papel grande o suficiente para que os participantes escrevessem sobre ela (com raízes, tronco e copa), canetas hidrocor de várias cores, tubos de cola e tiras de papel; 2º) apresentação dos participantes do grupo e apresentação da questão geradora de debate: **“Que preocupações você viveu/experimentou para cuidar de seu filho prematuro no domicílio?”**; 3º) elaboração da produção pelos participantes que consistiu em registrar as palavras chaves nas diferentes partes da árvore; 4º) exposição oral das palavras chaves; 5º) análise coletiva da produção e validação dos dados.

A dinâmica árvore do conhecimento foi aplicada às jovens mães “AC”, “S”, “K”, “Regi” e “Rege” e suas famílias, no período de 19 de outubro a 27 de outubro de 2004, com a participação das ACS.

#### **b) A produção de dados na dinâmica Linha da Vida**

A dinâmica linha da vida foi realizada, em 24 de novembro de 2004, com a jovem mãe “AC” e sua família e a agente comunitária de saúde “Déb” (ACS/ tia de “AC”). Essa dinâmica foi desenvolvida apenas com essa jovem e sua família com o propósito de validar os temas e subtemas codificados e decodificados nos encontros da dinâmica árvore do conhecimento realizadas com as cinco jovens mães e suas famílias. Ao se atingir a saturação dos dados, conforme previsto, na pesquisa qualitativa, optamos por encerrar a etapa de trabalho de campo. Além disso, a linha da vida revelou, nos enunciados dos sujeitos, a resignificação das recorrências temáticas, evidenciando o esgotamento do assunto.

Realizamos a dinâmica com a jovem mãe “AC” e sua família, na residência de sua avó, aplicando os cinco momentos descritos na dinâmica da árvore do conhecimento. Um fio de barbante foi estendido e amarrado de uma ponta a outra de duas paredes. Nesse fio foram coladas três folhas de papel contendo as seguintes palavras-chave: **criança prematura; adolescente e família**. Os participantes da dinâmica responderam à questão geradora escolhida: **“De que maneira vocês resolvem os desafios do dia-a-dia relativos aos cuidados com bebê o prematuro em casa?”** Para essa dinâmica, utilizamos folhas de papel A4, barbante, fita crepe e canetas hidrocor de todas as cores.

Essa dinâmica gerou uma produção artística contendo as respostas de cada participante à questão geradora de debate. A sua riqueza consistiu na percepção da experiência de cuidar do bebê prematuro no contínuo de vida de todos que se envolveram com o seu cuidado e os efeitos de sentidos que essa experiência produziu em cada um.

O debate coletivo viabilizou a socialização das concepções individuais sobre a experiência de cuidar, além de fomentar a relação interpessoal dos participantes do grupo. Por um lado, ele estimulou a cooperação grupal, o compartilhamento de idéias, gerando mais consensos que dissensos; por outro, revelou o conhecimento latente sobre a prática de cuidado que o grupo familiar possuía de forma organizada e sistematizada.

### **3.6 Aspectos éticos da pesquisa**

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HESFA/ EEAN (parecer aprovado em 31 de agosto de 2004, protocolo n ° 015/04) quanto a sua eticidade (Anexos - E). O Comitê de Ética da SMS expediu parecer favorável (Anexo-E) para consulta e pesquisa na área da AP 1.0, onde se localiza a comunidade da Mangueira e o Posto de Saúde na Vila Olímpica. Conforme descrito anteriormente, todas as exigências institucionais formais para entrada e circulação na comunidade foram atendidas. O consentimento dos sujeitos se materializou com a assinatura do TCLE (Anexo-A), previamente lido e explicado.

No caso de menores de 18 anos, foi explicado aos responsáveis pelos adolescentes de que era preciso o seu consentimento para a participação na pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como duas jovens mães viviam as condições de emancipada nos termos do art. ° 5º do Código Civil (2004), elas assinaram o TCLE.

Os participantes da pesquisa como os familiares e cuidadores consentiram em sua participação através do TCLE da jovem mãe e o seu responsável, e as ACS.

### **3.7 A análise dos dados**

Para a análise e discussão dos dados, utilizei a análise de discurso, tomando-se por base os textos gerados nos relatórios das dinâmicas: árvore do conhecimento, que contou com a participação de cinco jovens mães, seus familiares e cuidadores de suporte, e a linha da vida, onde participaram uma jovem mãe e quatro familiares. Também foram analisados e fizeram

parte na elaboração do Capítulo I, sobre as condições de vida e de produção do discurso dos sujeitos da pesquisa, os registros do diário de campo, dos dados contidos nos questionários e os registros da auxiliar de pesquisa. Quanto às dinâmicas, os dados produzidos foram codificados em temas, decodificados em subtemas e recodificados sob a forma de síntese temática (CABRAL, 1998).

Na constituição do corpo de texto para a análise, foi preciso agrupar os enunciados de cada jovem mãe e seus familiares em quadros analíticos, denominados de Quadro Analítico-I (por dinâmica); Quadro Analítico - II (codificação dos temas) e o Quadro Analítico-III (síntese dos diferentes temas).

Os Quadros Analíticos I e II eram compostos por cinco colunas distintas: os enunciados dos sujeitos durante a dinâmica, tema, subtema, recodificação e comentários analíticos. Os enunciados eram então analisados em sua superfície, travando um diálogo na condição de “uma terceira pessoa” (analista), além do sujeito e a pesquisadora, que ora questionava e ora dialogava com o texto.

Esse processo foi trabalhado a cada incompletude, a cada dúvida, a cada afirmativa e até mesmo a cada questionamento enunciado pelo sujeito, a fim de tentar entender o que o participante expressava segundo a sua lógica, concepção cultural e ideológica. Ele foi destacado nos quadros por parênteses ( ) e estão destacados dos enunciados dos sujeitos por letras MAIÚSCULAS se destacando do texto. Houve também uma preocupação em se destacar as intervenções, impressões e observações durante todo o percurso na coleta dos dados, quando mantinha um diálogo com os sujeitos durante a dinâmica, também utilizei os parêntese ( ) e representei minha inserção no texto em *itálico*, a fim de dar um “corpus” diferenciado ao texto, destacando o meu dito do dito dos participantes.. Durante essa análise, foram descritas as impressões usadas pelos sujeitos, palavras e expressões utilizadas na representação da situação desafio e as situações existenciais das jovens mães, seus familiares e cuidadores de suporte no cuidar do bebê prematuro no domicílio. Representei entre colchetes e reticências [...] a pausa ou silêncio manifestados nos enunciados dos sujeitos durante dinâmica e que precisavam ser materializados a fim de propiciar ao leitor o que só Eu pude perceber, enquanto os sujeitos se expressavam. A essa primeira etapa, Orlandi (2001) denomina de superficialidade lingüística do texto.

A segunda etapa visou identificar o objeto discursivo através da formação discursiva (ORLANDI, 2001) dos sujeitos. A partir do objeto discursivo, analisei as formações discursivas distintas que surgiram no jogo de sentidos enunciados na dinâmica da árvore do conhecimento e a linha da vida onde foram evidenciados os processos parafrásticos, processos

polissêmicos e processos metafóricos, ferramentas analíticas empregadas para iluminar as marcas discursivas dos participantes da pesquisa. Nesse segundo momento, foi possível agrupar a recorrência temática através de temas e subtemas que emergiam das enunciações dos sujeitos.

Na compreensão acerca dessas ferramentas, passo a discorrer sobre os processos parafrásticos, polissêmicos e metafóricos.

O processo parafrástico é o que permite a produção do mesmo sentido sob várias de suas formas (matriz da linguagem). O processo polissêmico diz respeito aos múltiplos e variados efeitos de sentidos produzidos pelo enunciador. Essa tensão entre o mesmo e o diferente é o que constitui as várias instâncias da linguagem. Aí se situa a relação entre a variação, multiplicidade inerente à linguagem e a contenção (institucional). Expressa-se assim o conflito entre o garantido, o institucionalizado, o legitimado, e aquilo que, no domínio do múltiplo, tem que se garantir, se legitimar, se institucionalizar. A polissemia é o conceito que permite a tematização do deslocamento daquilo que a linguagem representa o garantido, o sedimentado. Esta tensão básica vista na perspectiva do discurso, é a que existe entre o texto e o contexto histórico-social: porque a linguagem é histórico-social constituída, ela muda; pela mesma razão, ela se mantém a mesma. Essa é a sua ambigüidade.(ORLANDI, 2001).

Pêcheux *apud* Orlandi (2004) define o efeito metafórico como o fenômeno semântico produzido por uma substituição. O deslizamento de sentidos produzidos pelo efeito metafórico entre *a* e *b* é constitutivo tanto de *a* quanto de *b*. Como esse efeito é característico das línguas naturais (por oposição aos códigos e línguas artificiais), considero que há sentido sem essa possibilidade de deslize (efeito metafórico, transparência), são afetados pela possibilidade de um “outro” sentido sempre possível e que constitui o “mesmo”. Dito de outra forma, o mesmo já é produção da historicidade, já é parte do efeito metafórico.

Foi na terceira etapa que emergiu o processo discursivo dos sujeitos e as formações ideológicas apontadas por Orlandi (2001), que produziram os temas e subtemas representados no Capítulo II da pesquisa.

Orlandi (2001) menciona ainda que o discurso é a palavra em movimento, prática da linguagem, e que através dela observa-se o homem falando. Na análise de discurso, procura – se compreender a língua fazendo sentido, trabalho simbólico, partindo do trabalho social geral, constitutivo do homem e sua história. Os dizeres não são, como dissemos, apenas mensagens a serem decodificadas. São efeitos de sentidos produzidos em condições determinadas e que estão de alguma forma presentes no modo como se diz, deixando vestígios que o analista de discurso tem de apreender. São pistas que ele aprende a seguir para



compreender os sentidos aí produzidos, pondo em relação o dizer com sua exterioridade, suas condições de produção. Esses sentidos têm a ver como o que é dito ali, mas também em outros lugares, assim como com o que não é dito, e com o que poderia ser dito e não foi. Desse modo, as margens do dizer, do texto, também fazem parte dele.

Foi também na prática educativa, através do diálogo e a intermediação de saberes junto a essas jovens mães e suas famílias que viveram a situação desafio de cuidar de bebês prematuros no domicílio que mediei como enfermeira as ferramentas desse trabalho, buscando uma identidade e uma prática em enfrentar seus desafios mediado pela compreensão de seus diálogos e na decodificação e na recodificação de sua situação-limite e existencial.

Parafraseando Orlandi (2001), os dados analisados foram corporificados em textos que como peças de uma engrenagem deram sentido para a formulação de um material concreto. Foi através dele que se organizou a discursividade, isto é, como os sujeitos (jovens mães e seu círculo social) se apresentavam e como eles significavam sua posição (circunstâncias e memória) a partir de suas condições de vida e contexto cultural em uma relação do simbólico, materializado por sentidos, e textualizado na formulação do breve falado que foi observado no processo de leitura do texto por eles produzidos durante as dinâmicas.

Os diálogos travados no interior das dinâmicas, as produções artísticas, as conversas oriundas das visitas domiciliares a essas famílias nos mostrou também a riqueza de interdiscursos produzidos em sua prática diária (saber empírico), gerado pela convivência com o cuidado familiar. Esse caminhar na produção de sentidos nos colocou diante do desafio de compreender a linguagem produzida por esses sujeitos na sua prática vivencial.

Por isso, é importante entender que a linguagem é uma prática; não no sentido de efetuar atos, mas porque pratica sentidos, intervém no real. Essa é a maneira mais forte de compreender a práxis simbólica. O sentido é a história. O sujeito do discurso se faz (se significa) na/ pela história. Assim podemos compreender também que as palavras não estão ligadas às coisas diretamente, nem são os reflexos de uma evidência. É a ideologia que torna possível a relação palavra / coisa. Para isso têm-se as condições de base, que é a língua, e o processo, que é discursivo, onde a ideologia torna possível a relação entre o pensamento, a linguagem e o mundo (ORLANDI, 2001).

O Quadro Analítico - III (descrito abaixo) que representou a síntese dos diferentes temas trouxe-nos inicialmente quatro temas geradores recorrentes entre as jovens mães, familiares, cuidadores de suporte e ACS no interior das dinâmicas. A análise dos temas através do quadro analítico III cujos temas serão discutidos no próximo capítulo.

Através do senso comum, os participantes que experimentaram a mesma situação desafio de cuidar do bebê prematuro no domicílio, foi possível desvelar os desafios e os subsídios que mediaram as práticas de cuidar do bebê prematuro egresso da terapia intensiva neonatal, no ambiente domiciliar. Foi na busca pela superação da consciência ingênua que os sujeitos transpuseram seus limites, como a um ritual de passagem para a transividade crítica rumo à conscientização, daí enunciaram seus ad-mirar acerca do que viveram e conseguiram superar no cuidado compartilhado.

Parafraçando Freire (1980) sobre a conscientização, o que houve foi um teste de realidade, para que eles pudessem “des-velar” a sua realidade, pois quanto mais o fizemos mais penetramos na essência fenomênica do objeto investigado, que uma vez exposto procurei analisá-lo na sua mais pura essência. A conscientização não consiste apenas “estar em frente à realidade” assumindo uma posição falsamente intelectual. Porque ela não pode existir sem a “práxis”, ou melhor, sem a ação-reflexão.

Por essa razão, a unidade dialética que se constituiu (Quadro III) de maneira permanente, pelo modo de ser dos participantes da pesquisa os transformou para o mundo, caracterizado pelas jovens mães, seus familiares e cuidadores de suporte da comunidade da Mangueira no enfrentamento desses desafios.

QUADRO ANALÍTICO III. A RECORRÊNCIA TEMÁTICA

OS ENCONTROS E AS DINÂMICAS	TEMA	SUBTEMA
Encontro com a jovem mãe “S” e sua família	O desafio começa com o nascimento	A prematuridade: um grande desafio.
	O desafio começa com a volta do hospital	As habilidades do cuidador no seguimento domiciliar
	O elo da jovem mãe e sua família com a instituição de saúde	A batalha entre o peso e a sobrevivência
	O discurso religioso frente ao desafio	A superação do desafio de cuidar no espaço domiciliar
Encontro com a jovem mãe “K” e sua família	O desafio começa com a volta do hospital	A negociação entre o saber da agente comunitária de saúde e o saber da família As habilidades do cuidador no seguimento domiciliar
	O elo da jovem mãe e sua família com a instituição de saúde	A batalha entre o peso e a sobrevivência
	O discurso religioso frente ao desafio	A superação do desafio de cuidar no espaço domiciliar
	O desafio começa com o nascimento	A prematuridade: um grande desafio.
Encontro com a jovem mãe “AC” e sua família	A fragilidade do corpo do bebê prematuro e o ambiente físico	O cuidado ao bebê prematuro; uma realidade existencial O cuidado familiar uma estratégia no cuidado ao bebê prematuro
	As situações existenciais como desafios no cuidar do bebê prematuro e a família	
	A mãe como figura central no cuidado à família.	

OS ENCONTROS E AS DINÂMICAS	TEMA	SUBTEMA
Encontro com as jovens mães Regi” & “Rege” e sua família	O desafio começa com a volta do hospital	O cuidado familiar uma estratégia no cuidado ao bebê prematuro A atenção à saúde do bebê prematuro Os dilemas e as dificuldades da jovem mãe no cuidado do bebê prematuro

## Pegadas na areia

Sonhei que caminhava, na praia com o senhor e via na tela do céu, todos os dias do meu passado.

E para cada dia percorrido, apareciam na areia, as pegadas de duas pessoas: as minhas e as do Senhor.

Mas, em alguns trechos, exatamente nos dias mais difíceis de minha vida, vi somente as pegadas de uma pessoa.

Então eu disse: “\_\_ Senhor, escolhi viver contigo, e tu me havias prometido que estarias sempre comigo. Por que me deixaste sozinho nos momentos mais difíceis?” E Ele respondeu: “\_\_ Filho, você sabe que o amo e que jamais o abandonei. Nos dias em que, na areia havia somente as pegadas de uma pessoa, foram exatamente os dias em que nos braços carreguei você”.

(LEGRAND. A).



**Foto 2- Morro do Telégrafo. Data: 29 de dezembro de 1968.  
Fotógrafo: Não identificado.  
Arquivo Nacional. Acervo Correio da Manhã**

## **Capítulo I. As jovens mães e suas relações sociais: contextualizando suas condições discursivas.**

Para a composição deste capítulo, utilizei os registros do diário de campo e das dinâmicas de criatividade e sensibilidade.

Do primeiro extraí informações referentes aos equipamentos culturais de que a comunidade dispunha, suas redes de relações e os recursos de que lançavam mão.

### **Entre vielas e becos: o caminho das jovens mães e suas famílias**

As jovens mães, suas famílias, os agentes comunitários de saúde e as lideranças locais com os quais estabeleci interação eram moradores e/ou trabalhadores da comunidade da Mangueira, um bairro do Município do Rio de Janeiro. Sua lógica de organização social era diferente da vivida pelos demais envolvidos com a pesquisa. Trata-se de uma comunidade onde se constatou violência e pobreza, medo e opressão que se constituíram nas palavras de ordem que asseguravam a integridade física e a sobrevivência. Foi preciso, primeiramente, reconhecer os desafios que a comunidade oferecia, que iam desde as condições geográficas, com suas vielas, becos e altitude, até as condições sociais e de existência.

A comunidade Nação Mangueirense se destacou como um cenário de muitos contrastes sociais e culturais, por suas raízes negras e ligadas ao samba que nasceu na casa da Rua Saião Lobato nº. 07, no Núcleo do Buraco Quente composto por malandros, arruaceiros e pais de santo nascidos e criados no morro. Sua projeção internacional aconteceu através da mídia pelo Programa Social da Mangueira e pela Escola de Samba Estação Primeira da Mangueira, com sede na Rua Visconde de Niterói.

Para aproximar-me do cenário e dos sujeitos, sempre subia o morro com a camisa do Programa Social da Mangueira, cujas inscrições me identificavam e me tornavam um elemento reconhecível para os líderes locais e a própria comunidade, essa marca indelével fora necessária para minha permanência e segurança. A camisa me fora conferida pelo líder comunitário e o administrador da Vila Olímpica que me doara duas camisas, uma delas usada por minha auxiliar na pesquisa.

A comunidade da Mangueira também denominada por Complexo da Mangueira possui aproximadamente 19 sub-bairros agrupados em quatro grandes núcleos: Telégrafo, Candelária, Chalé e Buraco Quente. As jovens mães, suas famílias e as agentes comunitárias

de saúde residiam em três desses Núcleos: o Telégrafo, o Buraco Quente (sub-bairro da “Olaria”) e o da Candelária.

Para evidenciar a trama complexa de relações que se encerrava naquela comunidade, busco, nos escritos de D’Oliveira e Delamaro (2004), um pouco da história de cada um desses Núcleos. Com a descrição, espero revelar as condições socioculturais em que se estruturava o modo de vida das jovens mães, suas famílias e os agentes comunitários de saúde.

### **Verde e Rosa: A Mangueira e sua história**

**O Núcleo do Telégrafo** é o ponto mais alto da região e o mais próximo do Palácio da Quinta da Boa Vista, local escolhido pela família Imperial para a construção da primeira Rede de Sistema Telegráfico do Brasil, ainda no século XIX. Durante a Segunda Guerra Mundial, o Morro do Telégrafo foi considerado área de segurança nacional, devido à posição estratégica e visão privilegiada da Baía de Guanabara.

**O Núcleo da Candelária** foi cedido pelo Exército, nos anos 50. Eram alguns terrenos da parte alta do morro que se localizava na irmandade da Matriz Nossa Senhora da Candelária. Como a Igreja não ocupou todas as terras doadas, a área que sobrou começou a ser invadida e uma comunidade ali se implantou.

**O Núcleo do Chalé** foi primeiramente ocupado por ex-moradores do loteamento Jules Rimet. A localidade conhecida como **Chalé** foi assim batizada por causa de um **chalé** de madeira construído no alto do morro. O fato chamou a atenção dos vizinhos porque nessa época só existiam moradias de estuque e zinco. Hoje, foi construída no local uma casa de alvenaria. Um dos principais acessos ao **Chalé** é o Farias, sobrenome de um importante comerciante da região.

**O Núcleo do Buraco Quente** recebeu essa denominação por ser o berço do samba no morro. A ocupação do Buraco Quente se deu de duas maneiras: durante a reforma da Quinta da Boa Vista, em 1908, pela Prefeitura, com a demolição das casas dos soldados do 9º Regimento da Cavalaria. Os militares sem abrigo se instalaram no Morro da Mangueira e usaram os restos da demolição para erguerem novas casas. Em 1916, um incêndio no Morro de Santo Antônio (outra localidade do Rio de Janeiro) levou os moradores cujas casas foram destruídas a ocupar a região do Buraco Quente.

A Mangueira cresceu e se expandiu. Uma comunidade formada por pessoas com baixo poder aquisitivo, constituída por muitos negros, filhos e netos de escravos. Com traços sociais fortemente marcados por manifestações culturais e religiosas ligadas à cultura negra. Conseqüentemente, segundo D'Oliveira e Delamaro (2004), a comunidade Mangueirense possui códigos matrimoniais diferentes das classes média e alta de formação européia.

**A Vila Olímpica da Mangueira** é um dos inúmeros Projetos e Parcerias Não Governamentais que atende à comunidade local através de suas atividades sociais, de cultura, lazer e de saúde, como retrata D'Oliveira e Delamaro (2004). Uma dessas parcerias aconteceu no ano de 1984 com a Xerox® do Brasil, com o objetivo de mudar comportamentos, especialmente em crianças e adolescentes, estabelecendo melhorias de padrões de vida e contribuindo para a formação da cidadania.



**Figura 2 Vila Olímpica da Mangueira (Fotografia. LIRA, 2004)**

A Vila Olímpica é dotada de infra-estrutura para o desenvolvimento de práticas desportivas como uma pista olímpica, uma quadra de futebol de salão, uma de vôlei, uma de handebol e ginástica de solo. É aberto aos funcionários do Programa Social, atletas e moradores da comunidade para ações comunitárias, além de servir como sede para solicitações de auxílio social como bolsa escola, cheque cidadão, conselho tutelar, entre outros. Possui uma secretaria; serviço de telefonista; cantina; salas para palestras que são utilizadas pelas enfermeiras e outros profissionais de UBS; consultórios de psicologia, fisioterapia para os atletas na Vila Olímpicos, mantidos através do convênio da Petrobrás®.

Existem, ainda, espaços destinados à guarda dos materiais esportivos, material para a aula de balé, dançam e um laboratório de informática com comunicação para acessos à Internet. A UBS também conta com espaços externos à própria unidade, nas dependências da

Vila Olímpica, onde são realizados exames de eletrocardiograma, reuniões e ambiente de trabalho para a equipe da Unidade Básica de Saúde.

**O Posto Municipal de Saúde da Mangueira** iniciou suas atividades em 1990, como resultado de uma parceria entre a Secretaria de Obras do Governo Estadual e a Golden Cross (D'OLIVEIRA e DELAMARO, 2004). Os funcionários pertencem a Secretaria Municipal de Saúde e ao Programa Social da Mangueira contratado pelo sistema de cooperativa.

A **Unidade Básica de Saúde** localiza-se na AP 1.0, cujo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é desenvolvido há quatro anos, por duas enfermeiras que coordenam e atuam nesta área programática junto à comunidade da Mangueira, realizando visitas domiciliares e atividades de promoção da saúde e prevenção de doença com o auxílio dos ACS. Todos os agentes comunitários de saúde pertencem à comunidade e muitos estão no PACS na UBS da Vila Olímpica desde o início do programa; são pessoas que se encontram na faixa etária de 18 a 47 anos. Cada agente tem a função de mapear sua microárea e cadastrar as famílias para a otimização de abordagem aos problemas ligados à promoção da saúde e prevenção de doenças; identificação de ambiente, situações de risco e agravos à saúde dessas famílias.

Essas parcerias, projetos e o atendimento à população foram tentativas de minimizar as desigualdades e a exclusão social dos residentes do morro da Mangueira, e trata-se de iniciativas empreendidas por moradores preocupados com tantas diferenças.

Nesse sentido, foi necessária a aproximação com o modo de vida desse grupo social, através dos equipamentos sociais disponíveis na Comunidade (Escolas, Associação de Moradores, Projeto Social, Unidade Básica de Saúde entre outros), já apresentados na introdução, quando descrevi as estratégias operacionais da pesquisa.

Minha intenção foi chegar o mais próximo possível da vivência das pessoas que ali residiam, conquistar sua confiança e a adesão à pesquisa.

As precárias condições de vida das jovens mães e suas famílias foram demarcadas pelo desemprego; a evasão escolar; a baixa renda familiar; viver em habitações compartilhadas com outros membros da família ou em sua própria residência; algumas viviam com o companheiro e outras não; todas enfrentaram gravidezes de risco e a prematuridade dos filhos. Além disso, todas se confrontavam periodicamente com os invasores culturais que compartilhavam o espaço de vida dessas jovens e suas famílias.



## O invasor cultural

A invasão cultural é uma categoria de análise freiriana que ajuda a entender os lugares sociais das pessoas que não pertencem à comunidade, de que forma essas pessoas se aproximam dos moradores e como esses moradores interpretam a presença dos personagens estranhos naquele ambiente.

Segundo Freire (1977) o invasor cultural além de invadir o espaço sociocultural do sujeito, se apropria de sua visão de mundo, tomando o espaço do outro, ele se sobrepõe aos invadidos e seus sistemas de valores; o invasor reduz os homens do espaço invadido a meros objetos de sua ação.

As jovens mães, seus familiares e cuidadores de suporte fazem uma leitura da presença da força policial na comunidade como uma invasão, pois eles ficam no meio do confronto. Não é incomum haver efeitos adversos dessas incursões com a morte de pessoas que eles julgam inocentes.

A relação entre o invasor e os invadidos é uma relação autoritária, do mesmo modo que as incursões da polícia no morro, porque os invadidos e os líderes locais se encontram em posições antagônicas.

Para os moradores da localidade, o “invasor cultural” adota uma postura em que o primeiro atua com violência, agressão e desrespeito àqueles que não estão envolvidos com a criminalidade. Já os criminosos usam pessoas da comunidade como escudo humano no confronto com a força policial. Para o primeiro e o segundo não há outra palavra que não a força; enquanto eles (o invadido) não têm forças para combater os dois. Os invasores pensam, na melhor das hipóteses, sobre os invadidos, jamais com eles; estes são “pensados” por aqueles. Os invasores prescrevem a intervenção (a força da arma de fogo); os invadidos são pacientes da prescrição e se sujeitam à lógica dessa intervenção, protegendo-se como podem.

Sendo assim, toda invasão cultural pressupõe a conquista, a manipulação e o messianismo de quem invade.

As jovens mães, seus familiares e os cuidadores de suporte vivem à mercê da manipulação constante, pois se por um lado, temos os “líderes locais” que lhes impõem sua hegemonia, do outro, temos o “invasor cultural” (a polícia) que luta pela conquista dos manipuladores e manipulados.

O que se percebe é que não pode haver uma invasão cultural dialógica; porque não há manipulação nem conquista dialógicas porque esses se excluem.

Nesse sentido, a turbulência social sempre esteve associada a conflitos entre as “lideranças locais” e as ações policiais naquela comunidade. Os labirintos<sup>10</sup> do morro serviam simultaneamente como trincheiras para as lideranças, sem considerar a presença das pessoas que ali habitavam, e como passagem para as tropas policiais. No meio estavam os moradores, representando um desafio existencial para as jovens mães, seus bebês prematuros, familiares e cuidadores de suporte. A ação da “força policial” mexia bastante com o cotidiano das pessoas. O “invasor cultural” pertencia ao eu social dos invadidos, mas se diferenciavam por suas relações socioculturais e sua estrutura social: o poder público. Renunciar ao ato invasor, de certa maneira era uma tentativa de superar a dualidade em que se encontravam os dominados por um lado; os dominadores, por outro. Contudo ninguém liberta, ninguém se liberta sozinho, mas ambos se libertam.

A minha estada no morro também representou uma invasão cultural porque, quando me encontrei no território dos líderes locais, provoquei um desequilíbrio em seu ambiente, despertei curiosidades, fui monitorada e suscitei estranhamentos.

As relações entre opressor e oprimido foram enunciadas pelo tio das jovens mães “Regi” & “Rege”. Tive a impressão do quanto isso podia influenciar a vida daquelas pessoas:

Tio das jovens mães: \_\_\_ A Mangueira já foi Mangueira. O problema é que estamos sempre com receio do que acontece lá fora. *(pareceu preocupado)*.

Percebo que a Mangueira imortalizou-se por suas raízes afrodescendentes, pelos projetos sociais, pela filiação ao samba etc. A comunidade vive e produz suas enunciações revisitando as experiências passadas e os ancestrais que contribuíram para a grandiosidade da Mangueira dos dias de hoje. Essas marcas socioculturais constituem a base da formação ideológica dos moradores da comunidade, incluindo as jovens mães.

Cuidar de um bebê prematuro nesse quadro de adversidade e precariedade material não foram fatores impeditivos para a sobrevivência delas e de seus filhos. Em sua trajetória de jovem mãe, desponta uma rede familiar de suporte ao desenvolvimento de práticas de cuidar direcionada para a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento do bebê prematuro. Essa rede é visualizada quando elas contam com o abrigo e a proteção da família ao compartilhar a residência, o terreno, a comida e a vida sociofamiliar. Nesse sentido, há um

---

<sup>10</sup> No discurso da favela, a figura do labirinto constantemente aparece quando se trata da experiência de penetrar numa delas e percorrer seus meandros. Segundo Jacques (2003) não estando mais na escala do abrigo, mas do conjunto de abrigos, na do espaço efetivamente labiríntico, tal é o emaranhado dos caminhos internos, e, ainda como não há sinalização, placas, nomes ou números, qualquer pessoa de fora, ali, se perderia facilmente. Talvez se possa afirmar que quem nunca se perdeu no labirinto-favela não sabe o que significa estar ali. Para não se perder, é preciso ter ou um guia (um favelado), ou um mapa. No meu caso, eu contei com ajuda dos ACS.

cuidado que é oferecido pela comunidade e um cuidado que é proporcionado pela família, o cuidado comunal e familiar.

### **O cuidado comunal e familiar**

Das dinâmicas de criatividade e sensibilidade, extraí os elementos que permitiram a compreensão do modo de enunciação das “situações-desafio” ou “situações-limite” (FREIRE, 1980; CABRAL, 1998) vividas e experimentadas por cada pessoa que cuida do bebê prematuro, pelo processo de codificação dos temas.

Em seguida, discutiu-se amiúde cada tema, o qual foi desdobrado em subtemas pelo processo de descodificação; neles estavam impregnados toda carga de historicidade e os prenúncios da tomada de consciência acerca dos desafios e enfrentamentos de se cuidar de bebês prematuros no domicílio.

O próprio grupo, diante de suas dificuldades e dilemas, desconstruiu os seus pré-conceitos desvelando fragmentos de consciência e encontrando dentro da sua condição de vida, os caminhos para a superação dos impasses. Portanto, a revelação dessas condições é fundamental para a compreensão do modo de enunciar no espaço da DCS.

#### **As jovens mães “S”, “AC”, “Regi” & “Rege” e suas famílias.**

As visitas às três jovens-mães e suas famílias, em momentos distintos, respectivamente às moradoras dos Núcleos do Telégrafo, Buraco Quente e Candelária ocorreram de agosto a novembro de 2004 e revelaram aspectos comuns e particulares. As agentes comunitárias de saúde sempre nos alertavam de que a caminhada seria árdua devido à subida íngreme, à longa distância, mesmo encurtada pelo transporte comunitário. Tentávamos acompanhar os seus passos apressados entre as vielas e as escadas, desviando de locais de risco para a nossa segurança pessoal. Nesse trajeto, usamos atalhos passando por escadas que nos deixaram ofegantes, isso tudo para desviar de zonas de conflito e das turbulências sociais que aconteceram no interior da comunidade em diferentes momentos.

Os diferentes percursos me fizeram pensar no difícil acesso dessas jovens aos serviços de saúde onde faz o acompanhamento do bebê prematuro. Para chegar às unidades de serviço, percorrem as vielas, os becos, os atalhos pelas escadas e enfrentam as adversidades de uma área de risco à sua integridade física e a de seus filhos.

Ao chegarmos às casas dessas jovens, éramos recebidas por elas próprias, por crianças maiores da família, por familiares e por vizinhos, ora no portão do quintal, ora na porta de suas casas.

Um fato que chamou a atenção foi a disposição das casas dessas jovens, na geografia da comunidade, bem como as das outras jovens que visitamos no decorrer da pesquisa.

### **“O teu cabelo não nega mulata!”<sup>6</sup> A casa da jovem mãe “S” e sua família.**

Uma delas tinha a sua casa compondo um grupo de quatro casas em um mesmo terreno habitado por membros da família e entes queridos. O chão do terreno era de barro vermelho e estava cercado por um portão de ferro grande e um muro de tijolos. Essa jovem nos recebeu em sua casa pela única porta de entrada (a cozinha). Naquele local, havia uma mesa pequena, um armário e um fogão de quatro bocas, além de uma pia de mármore. A cozinha era separada do banheiro por uma cortina de plástico. O terceiro cômodo era uma sala que também funcionava como quarto, pois possuía duas camas de solteiro, um berço, um guarda roupa pequeno de três portas e uma cômoda com uma televisão de 21 polegadas. A reorganização do espaço físico limitado da sala-quarto foi necessária para a realização da dinâmica.

A janela que dava acesso ao quintal permitia pouca circulação de ar no ambiente que estava extremamente abafado, o calor no interior do pequeno cômodo era intenso e insuportável, e a filha de “S”, de seis meses, encontrava-se deitada em uma das camas atenta a tudo que a cercava. As precárias condições de moradia contrastavam com o comprometimento e a afetividade que circulava naquele ambiente. A solidariedade intrafamiliar e social suplantava a precariedade da habitação e proporcionava um outro ambiente de convívio social – o quintal.

Como a “L” (a filha de “S”) chorava muito, sugeri que “S” pegasse a filha no colo para que eu pudesse vê-la melhor: “S” então segurou a filha e constatei que ela estava com a fralda encharcada. Nesse momento, o cunhado de “S” (“Sid”) apareceu de algum lugar do lado de fora, fitou-me com certa desconfiança evitando o cruzamento de olhares e com a cabeça sempre abaixada. Foi então que “S” nos convidou para sentar. Ia sugerir que ela

---

<sup>6</sup> Título da marchinha: “O teu cabelo não nega”, gravada originalmente na RCA Victor, em 1931, por Castro Barbosa, acompanhado pelo Grupo da Velha Guarda de Pixinguinha e lançada em discos 78 rpm. Composição que fez estrondoso sucesso no espetáculo de Carmen Miranda estreado a 27 de janeiro de 1932, no Cine Teatro Eldorado.

trocasse a fralda de “L” quando apareceu “G”, menina de nove anos, prima de “S”. Ela então tomou “L”. dos braços de sua mãe e pôs-se a trocar a fralda, com toda desenvoltura. A dinâmica intrafamiliar revelou-me uma cumplicidade mediada pelas manifestações não verbais.

O cuidado na troca da fralda do bebê é uma atividade de rotina para qualquer mãe, mas partindo de uma menina de nove anos me deu a impressão de que a família compartilhava mutuamente os cuidados com o bebê baseada numa relação de ajuda e troca com a jovem mãe. De certa forma, a jovem mãe também era alguém vulnerável e precisava do suporte de todos, pois estava vivendo o adolecer e uma maternidade precoce naquele momento.

No cenário que frequentei da jovem mãe “S” e sua família, alguns atores sociais se destacaram não por sua habilidade no cuidado com o bebê, como fora o caso da prima “G”, mas por sua entrada e participação enigmática na dinâmica que realizei em outros momentos. Especialmente, quando foram interpelados a participar das enunciações coletivas acerca dos desafios que a jovem mãe tinha enfrentado nos cuidados com o bebê no domicílio. Destes, destacam-se “Curió” (22 anos) e “Fla” (19 anos, grávida de 11 semanas), ambos filhos de “Sal” vizinha da jovem “S”, e a própria “G”; todos relevantes para compreender os modos de enunciação das jovens mães, seus desafios no cuidado e as interações que lhes deram suporte na superação desses desafios.

As enunciações apresentadas nesse capítulo foram trazidas para este segmento da pesquisa para serem discutidas na concepção de Freire (1980) e Orlandi (2001) porque apresentaram em seus fragmentos dialógicos outras possibilidades para análise e discussão sobre o contexto social e histórico das jovens e suas famílias.

“Curió” era uma pessoa reservada e misteriosa. Ele estava desempregado. Quando participou da dinâmica árvore do conhecimento, limitou-se a ouvir mais do que falar, como ilustrado a seguir:

Brígida: \_\_ Quem é o próximo? (*Curió ria e não falava apesar de todos apontarem para ele a fim de que iniciasse sua fala.*) Você colocou alguma coisa? Fale para nós?!?

“Curió” (vizinho): \_\_ Coloquei amor!

Brígida: \_\_ Amor?!? Onde você colocou?

“Curió” (vizinho): \_\_ Aqui na [...] (*e começou a rir*).

Brígida: \_\_ Na copa?

“Curió” (vizinho): \_\_ Na copa!

Brígida: \_\_ Tudo bem amor é importante, né?!? Mas você viu “L”. Pequeninha [...] Prematura, elas tiveram desafios. Você acha que a S. enfrentou dificuldades para cuidar de “L” em casa?

*Apesar de reiteradas tentativas, percebo que ele não quer falar.*

*Ele não responde, e eu desisto [...].*

A insistência de manter-se silenciado e não atender aos apelos dos participantes configura o silêncio local, ou censura, quando percebo que sua presença significava uma

vigilância. Afinal, Eu era o personagem estranho ao grupo social dentro de uma comunidade fechada em que todos se conheciam. Esse lugar social, que ocupei no momento da produção de dados para a pesquisa, remeteu à interdição, um apagamento dos sentidos possíveis e proibidos, àquilo que é proibido dizer em uma certa conjuntura (ORLANDI, 2001. p.128). Se, por um lado, ele não podia revelar o que fazia ali, por outro, compreendi que ele não prestava nenhum cuidado direto á jovem mãe e nem a sua filha.

As formações discursivas se manifestaram através de sua identidade ideológica pela localidade em que o grupo residia, sua história e o fenômeno dos desafios em cuidar do bebê prematuro no domicílio.

*Insisto para que Curió fale, mas ela não me atende, então “S.” prossegue com a dinâmica.*

“S.” (jovem mãe.): \_\_ Então vai “Fla” (*interrompeu “S”.* *Sugerindo que outra pessoa falasse*)

“Fla” (vizinha): \_\_Aí, eu não sei bem o que eu escrevi! (*sorriu.*).

Brígida: \_\_ Então vamos ver o que você lembra?

“Fla”.(vizinha): \_\_ O que eu mais me preocupava com ela [...] (*suspirou*) Foi a saúde [...] (*pausa e prossegui*) As lutas que ela passou (*para*) cuidar, com a alimentação e com o desenvolvimento! Desenvolvimento!(*riu*) da criança [...]. Só!

Existia uma preocupação de “Fla” quanto à chegada de uma jovem mãe com um bebê prematuro e os desafios que ela poderia enfrentar nessa nova situação. “S” enfrentou as suas adversidades com muita luta para alimentar e acompanhar o desenvolvimento de sua filha.

“S” se antecipa a outro participante do grupo respondendo que falta a sua prima “G”; isso denota a inclusão de uma menina de nove anos no processo de cuidar de um bebê que nasceu prematuro. A jovem mãe mantém laços consangüíneos e afetivos que possibilitam uma relação de confiança, tendo a menina como sua colaboradora no cuidado domiciliar.

Brígida: \_ Falta quem?

“S”. (jovem mãe.) \_ Falta “G.” ela não falou. (*ela mais uma vez pediu para alguém falar antes dela.*)

Brígida: \_ Vem “G.” O que você escreveu?

“G.” (prima): \_ Amor, atenção e carinho!

Brígida: \_ Por que você escreveu? Você acha que é importante, sem isso ela não conseguiria?

“G” (prima): \_ Sei lá! Esqueci.

Apesar dos esforços da jovem e meu, a menina não se pronuncia possivelmente por sua timidez.

No fragmento dialógico abaixo, transcrevo um diálogo travado entre mim e a jovem mãe, quanto às suas dificuldades e às estratégias que ela buscou para superar os desafios de cuidar do bebê no domicílio.

Brígida \_\_ Que remédio é esse “S”? (e *aponte para o pequeno vidro*)

“S” (jovem mãe) \_\_ Ah! Isso? É xarope de “Melpoejo”. (explicou sorrindo)

Brígida \_\_ E quem o receitou? (*perguntei*)

“S” (jovem mãe) \_\_ Na verdade ela está com uma “tossinha” desde ontem e como da última vez que fui ao médico com ela, ele havia me receitado esse xarope, eu não pude comprar. Agora que eu comprei e ela voltou a tossir resolvi dar a ela! (*e pegou L do colo de “G”*)

Brígida \_\_ Não seria melhor levá-la ao médico primeiro? Acho que você poderia estar dando por enquanto mais líquido, mesmo porque o dia está muito abafado. Além disso, mais líquido ajuda a fluidificar o catarro. (*expliquei*)

“S” (jovem mãe) \_\_ É você tem razão, tá quente mesmo! Vou dar mais água pra ela. Obrigada! (*sorriu*)

Apesar de ter acesso ao serviço de saúde e ao profissional médico na comunidade (a unidade básica de saúde e o posto municipal de saúde), sua condição financeira a impediu de adquirir o medicamento prescrito.

Nesse sentido, há um distanciamento temporal entre a prescrição, o quadro de morbidade identificado pelo médico e a condição financeira da jovem mãe, e não é raro acontecer de se implementar uma prescrição para um problema de saúde quando outro já se instalou. Como, por exemplo, o episódio de tosse associado à diarreia.

“S” (jovem mãe): \_\_ Ela teve diarreia e vômito, precisei levá-la ao Pronto Socorro, ficou muito fraca, teve até que ficar em observação. Está se recuperando agora, estou dando soro caseiro para ela.

Brígida: \_\_ Você deve dar a ela uma colher do soro a cada evacuação mole. Até ela se recuperar, se for preciso dê o soro a cada duas horas. Se ela não melhorar, leve ao médico de novo, porque ela pode desidratar.

Achei a menina emagrecida, pois tinha perdido peso desde a última vez que a vira. Apalpei sua fontanela a fim de observar sinais de desidratação, já que as mucosas pareciam hidratadas. Como não estava deprimida, reforcei que ela continuasse a alimentar a menina.

Estabeleceu-se entre a jovem mãe e Eu um diálogo, orientado pela situação transversal (tosse e diarreia da criança) ao nosso encontro, nos aproximando para criar laços de confiança.

**“Cabocla o teu olhar está me dizendo...”<sup>7</sup> A casa da jovem mãe “AC” e sua família.**

Enquanto subíamos o morro para visitar a jovem “AC” e sua família, observei junto a uma creche comunitária a presença de uma extensa língua negra descendo rua abaixo, em uma das vielas. Um contraste que interferia na qualidade de vida daquelas pessoas. Se por um lado, o programa social da Mangueira estava preocupado em diminuir as desigualdades sociais oferecendo equipamentos culturais que permitiam a inclusão social do grupo ali

<sup>7</sup> Título original da Música “Mágoas de Caboclo”. Interprete: Nelson Rodrigues. Autoria de J. Cascata e Leonel Azevedo. BMG Ariola. M.60.001, gravado em 1994.

residente, por outro, tínhamos a adversidade naquele cenário que causava prejuízo e risco à saúde das crianças e dos seus moradores devido ao precário saneamento básico.

A casa da jovem mãe ficava no ponto mais alto do morro - o Núcleo do Buraco Quente. Era uma casa de um cômodo e um banheiro, possuía uma estrutura que confundia suas paredes com os limites de outras casas. Apesar dessa proximidade, havia pouco envolvimento dos vizinhos com o compartilhamento do cuidado, a exemplo do que ocorria com a família de “S”. O aspecto comum, é que todos os moradores estavam sujeitos à mesma problemática existencial de abandono das autoridades governamentais. A jovem mãe “AC” só podia contar com a ajuda da própria família e seu companheiro adulto, que tomava conta dos três filhos. Ambos estavam desempregados e isso se arrastava desde o nascimento da filha prematura, o que criou privações de ordem material dificultando o atendimento das necessidades básicas da família. O esposo era analfabeto e só conseguia trabalhos e serviços como autônomo. Na casa de “AC” havia também uma escadinha de cimento que dava acesso à porta principal; quando estivemos lá pela primeira vez, observei que não havia condições para a coleta de lixo e que o esgoto corria a céu aberto por uma calha. Como não encontramos a jovem mãe em sua casa, descemos o morro e a procuramos na casa de sua avó “A” com o auxílio da ACS “Déb” (que também era tia da jovem mãe).

A casa a avó de “AC” localizava-se em uma viela separada por um muro. Nela fomos recebidas pela tia e a avó da jovem. Era um sobrado, onde, na parte de baixo, residia a sua avó (“A”) e, na de cima, a sua tia (“MR”) com seus quatro filhos e o companheiro de meia idade. Foi nessa mesma casa que aconteceram as dinâmicas árvore do conhecimento e linha da vida. Ela era dividida em três cômodos: uma sala com uma escada que dava acesso ao segundo andar do sobrado. No primeiro andar, havia na sala dois sofás pequenos; na cozinha pequena, uma mesa redonda e quatro cadeiras, um fogão de quatro bocas, uma pia pequena e uma geladeira; não tive acesso ao quarto; o banheiro se localizava sob a escada de acesso ao segundo andar. A casa não possuía janela, mas um pequeno basculante.

A avó nos recebeu com cordialidade. Percebi um ar de preocupação no semblante da jovem mãe que estava abraçada à filha (“NK”) e perguntei:

Brígida \_\_ Tudo bem “AC”? Você parece preocupada! *(e continuei olhando para mãe e filha)*

“AC” (jovem mãe) \_\_ É com esses “machucadinhos” que apareceram nela outra vez! Mas eu já tô passando pomada! *(respondeu)*

Brígida \_\_ Ela sempre apresenta esse tipo de lesões? *(perguntei observando a orelha direita de “NK” que apresentava lesões do tipo puntiformes com algumas crostas)*

“AC” (jovem mãe) \_\_ Sim! Ela e os irmãos! Mas eu estou sempre levando no posto e o médico passa sempre uma pomada! *(explicou a adolescente de cabeça baixa)*

Brígida \_\_ Quem sabe se ferver a roupa de cama das crianças não diminuiria o surgimento das lesões! *(sugeri)*

“AC” (jovem mãe) \_\_ Talvez! *(respondeu “AC” agora mais animada)*



A jovem mãe estava preocupada com as condições de saúde de sua filha e também dos outros filhos que apresentavam constantemente problemas dermatológicos. Estes, provavelmente, estavam relacionados à falta de saneamento básico, pelo local onde residia sua família.

Outro aspecto relevante estava ligado às situações existenciais da jovem mãe e sua família.

*Nesse momento Dona “A” interrompeu a fala de “MR”*

“A” (avó): \_\_ Ele estava preso, né!?!

*Houve um silêncio momentâneo.*

Brígida: \_\_ A senhora dizia [...] Quando ela nasceu? (e olhei para ela)

“A” (avó): \_\_ Ele já tinha saído!(*corrigiu*)

“AC” interrompeu sua avó e parecia querer justificar o ela dissera antes.

“AC” (jovem mãe): \_\_ Mas só que ele tinha passado por um problema! Ele tinha apanhado, aí. Ele estava em casa e não poderia ter ido buscar ela no hospital. Aí, ele falou p’ra minha “vó” que ela saísse do hospital só comigo. Aí, eu também tinha muito medo porque ela era muito pequenininha, eu tinha nervoso de dar banho nela, aí eu também botei aqui [...]

O fragmento dialógico indica que o semblante triste e de preocupação de “AC” não estava associado ao problema dermatológico da filha, mas que esse enunciar revelou o seu silenciamento referente à prisão do companheiro, somente desvelado pela avó.

A avó, então, assume o papel de guardiã e sai com a neta e bisneta do hospital trazendo-as para casa, uma vez que o companheiro da jovem encontrava-se impossibilitado em atendê-la naquele momento.

A confiança em Deus é apresentada no espaço dialógico, no discurso de “Déb”. Ela destaca a figura mítica da “mãe” e de “Deus” como interventores essenciais na problemática da vida da jovem como um referencial para a superação do desafio. O lutar, compreender e renegociar a maternidade prematura que precisava ser compartilhada com os outros filhos, além do bebê prematuro.

*Foi então que “Déb” a ACS pediu a palavra:*

“Déb” (ACS/ tia): \_\_ Eu escrevi assim, né!?! Que eu acho que naquele momento ela estava passando por muita dificuldade, por que [...] (*deu uma pausa para olhar para todos*) Porque ela era muito jovem! Ih! Ih! Por ela ser jovem. Devido à [...] a [...] Menina ter nascido prematura, né!?! Além disso, não era o primeiro filho dela! Porque se tivesse sido o primeiro [...] Conseqüentemente ela teria mais condições até de pedir ajuda, ela teria de pensar nos dois anteriores. Então! Eu coloquei como, que devido essas dificuldades, ela já tinha esses dois filhos e mais a dificuldade da mesma ter nascido prematura, ter nascido, entendeu? Ter nascido, ter ficado internada! Que na época os problemas que ela já estava passando, financeiros, entendeu? Uma coisa que eu também botei, que acho que é primordial![...] Assim é que ela não tinha uma pessoa que eu acho muito importante na vida de todo mundo, que é a mãe, entendeu? Que eu acho assim! Que mesmo que se fosse por qualquer coisa, se ela tivesse a mãe dela, eu acho que as dificuldades que ela passou, não seriam tantas! Igual ela passou! Entendeu? Porque eu até escrevi que naquele momento ela não tinha a mãe dela por perto. Ih! Porque eu acho que nos momentos mais difíceis [...] Eu acho que é mãe, né!?! Né!?! Abaixo de Deus [...] a mãe é uma pessoa que tem mais condições de ajudar, entendeu? Abaixo de Deus, é a mãe! (...).

Os conflitos influenciaram na atitude e na tomada de decisão dos familiares da jovem mãe sobre o período mais difícil da vida de “AC”. A prematuridade de “NK” requereu uma internação hospitalar que a levou a dividir-se entre a filha prematura e os outros filhos. Tal adversidade só foi superada graças ao apoio da família e da intervenção divina, fortalecendo-a para esse enfrentamento. A relação mútua e o cuidado familiar foram essenciais para a jovem mãe vencer os desafios oferecidos pelo corpo cognoscível de “NK”, a prisão do companheiro, a precária condição financeira e o cuidado com os outros filhos.

Naquela casa ainda estavam os filhos de “MR”, um menino de dois anos e o filho de uma vizinha; observa-se, assim, que há uma relação de mutualidade. O cuidado se estende para além dos laços de consangüinidade. O cuidado adquire uma entonação para além do familiar, pois a tia da jovem trocou as fraldas de uma das crianças que ali estava e o banhou. A essa expressão de cuidado, muito natural para aqueles sujeitos, pode-se denominá-lo de cuidado comunal, que pertence à vida comum daquele grupo social que se ajuda mutuamente. Cuidar dos filhos umas das outras era o mesmo que cuidar dos próprios filhos, um traço marcante na comunidade.

Neste momento, voltei-me para o esposo de “Déb” que retornou a casa e iniciou sua conversa expondo o seu ponto vista quanto à maternidade e filhos.

“P” (tio): \_\_ O que, ter filhos? Mas isso é fácil, a minha mãe mesmo teve 19 filhos! (*respondeu “P” apontando para dona “A”*)

Ao ouvir isto muito surpresa Eu e minha auxiliar na pesquisa nos viramos para observar Dona “A” que agora demonstrava timidez ao ouvir o que “P” mencionara.

“A” (avó): \_\_ É verdade! Tive 19 filhos e alguns deles nasceram prematuros. (*comentou dona “A” e continuou falando*)\_\_ Alguns deles nasceram em casa e outros nasceram no hospital. Os dois primeiros foram prematuros, inclusive um morreu aos três anos, ele era meio retardado, me deu muito trabalho. (*a voz parecia meio tremida ao lembrar do passado*)\_\_ Lembro que um dos filhos que tive em casa, minha mãe e minha avó que fizeram o parto, como não tinham tesoura “esterilizada” para cortar o cordão usaram cachaça mesmo e aí cortaram. Ele tá vivo e forte até hoje. (*sorriu e abaixou a cabeça*).

A experiência como mãe, vivida pela avó da jovem, também aconteceu quando ela era jovem (adolescente). Assim como a neta, ela também teve bebês prematuros. Alguns nasceram no domicílio, cujos partos foram realizados por sua mãe e sua avó. Em suas muitas histórias, relataram que o cordão umbilical foi cortado com uma tesoura de costura esterilizada com cachaça.

A figura “materna” foi mais uma vez ressignificada trazendo a imagem da família, e não de uma pessoa somente, mas aquela família que protegia e cuidava dos filhos, dos amigos, dos parentes...

Entre as dificuldades enfrentadas pela jovem e sua família estavam o desemprego, a falta de recursos financeiros, as precárias condições da moradia. Foram revelados nos enunciados da avó e da tia da jovem mãe “AC”.

“MR” (tia): \_\_ [...] Porque ela ainda está passando por dificuldade [...] Porque a vida dela não mudou em nada, eles ainda estão desempregados, as crianças ainda passam por problemas!

Brígida: \_\_ A senhora acha que as maiores dificuldades que ela passou foram por conta da casa ser pequena ou houve outras coisas que interferiram? Isso poderia prejudicar o crescimento e desenvolvimento dela (“NK”)? *(parei para observar seu semblante entristecido)*

Dona “A” (avó): \_\_ O desenvolvimento da vida dela?! Coitada! A vida dela era muito dificultosa! Por causa das outras crianças, três crianças e ela prematura aquilo foi muito difícil para ela. Na alimentação, né?!? *(olhou para “AC” distraída em seus pensamentos)*

Vejo que o modo adverso de vida está além do percurso que a jovem tem que fazer nas vielas e escadas da comunidade. Se por um lado, a pequena moradia a priva de conforto, por outro, traz a segurança necessária para um cuidar familiar e comunal compartilhado.

**“Não deixe o samba morrer, não deixe o samba acabar o morro foi feito de samba e samba é pra gente sambar!”<sup>8</sup> As casas no Buraco Quente de “Regi” & “Rege” e suas famílias.**

No Núcleo do Buraco Quente, conheci a jovem mãe “Regi” (mãe das bebês prematuras “DC” e “DV”) e no Núcleo da Candelária a jovem mãe “Rege”(mãe do bebê prematuro “AS”). O dois elos se fortificavam entre as duas jovens a maternidade prematura e seus laços consangüíneos, pois as duas eram irmãs.

“Regi” morava ora na casa da avó materna, ora na casa da bisavó, pois ela não tinha moradia própria. A casa da avó materna se localizava no Buraco Quente, já a casa da bisavó, no bairro do Olaria, que ficava na mesma localidade, o que não exigia grandes deslocamentos. Essa movimentação devia-se aos constantes desentendimentos familiares. Segundo a agente comunitária de saúde (ACS), a avó materna das jovens bebia nos finais de semana e como tinha o “pavio curto”, se rebelava com a atitude da bisavó das jovens que protegia uma outra tia das meninas. A jovem mãe tinha duas filhas “DC”, que estava com três anos, e “DV”, com um ano de idade. Além disso, “Regi” era mãe solteira e dependia da ajuda dos familiares para seu sustento e o sustento das filhas.

“Rege” morava na casa da avó paterna de seu companheiro, um jovem de 17 anos. A residência se localizava no Núcleo da Candelária, seu filho prematuro (“AS”) estava com

---

<sup>8</sup> Para comemorar 25 anos de carreira, Alcione lançou em 1998, “Celebração”, que reuniu seus antigos sucessos em duetos, como nas músicas “Não Deixe o Samba Morrer”, cantado por Cássia Eller. O compositor deste samba é desconhecido

quatro meses. O sustento da família provinha de uma pensão que seu companheiro recebia do pai e da aposentadoria da avó do rapaz.

As visitas aconteceram em dois momentos e em casas diferentes. O primeiro encontro se deu na casa da avó materna das jovens que se localizava em um beco escuro e úmido ao pé do morro. Fomos recebidas por “Regi” à porta da casa. A casa tinha quatro cômodos e um banheiro. Na sala, havia uma estante com imagens de santos e incenso que foi aceso logo que chegamos. Ainda neste cômodo, encontravam-se dois sofás pequenos, uma mesa quebrada com quatro cadeiras, um móvel pequeno com um telefone, outra estante para a televisão. Havia uma escada que dava acesso a um quarto no interior da casa. A cozinha pequena era separada do banheiro por uma porta.

Durante a visita, enquanto aguardávamos “Regi”, surgiu “T” uma menina de aproximadamente 12 anos - prima de “Regi”. Enquanto isso, o tio de “Regi” conversou conosco:

Tio das jovens mães: \_\_ É essa teve logo duas filhas que nasceram prematuras. *(respondeu o tio de “Regi” apontando para adolescente que agora se sentara ao pé da escada próxima da onde estávamos).*

Brígida: \_\_ Sua irmã vem também para a entrevista? *(perguntei a “Regi” sorrindo)*

“Regi” (jovem mãe): \_\_ Ela já vai chegar, vou pedir a “T” para ir avisá-la de que vocês já chegaram. *(respondeu “Regi” eufórica)*

Brígida: \_\_ Enquanto isso podemos ir conversando, hoje só são perguntas em um questionário. Da próxima vez, que visitá-las, é que faremos as dinâmicas. Tudo bem? *(expliquei e perguntei a “Regi” se podíamos começar, foi quando o seu tio perguntou).*

Tio das jovens mães: \_\_ É uma entrevista para emprego? *(e sorriu)* \_\_ Ou vocês vão fazer uma reportagem, e que na semana passada estive aqui [...] *(e mencionou uma emissora de televisão).* Que fez uma reportagem com algumas das meninas da comunidade sobre gravidez! *(exclamou e prosseguiu)* \_\_ É que, sabe, as meninas aqui quando chegam aos dezesseis anos, a gente já fica de olho, que logo vem barriga! Quase todas dão nisso. *(e pôs-se a observar o papel que eu trazia nas mãos)*

O tio das jovens em seu comentário deixou claro que a comunidade recebia muitas pessoas interessadas por seus costumes e sua história, o fato que mencionou sobre a gravidez das jovens aos dezesseis anos é que chamou minha atenção. Porque se para mim era estranho alguém tão jovem ter que embalar um bebê nos braços, para ele a maternidade nessa idade era algo muito natural e ao contrário era de se estranhar quando não acontecia.

Nesse ínterim da conversa com o tio, “Regi” chegou e sentou-se junto a nós. Ela não parecia se importar muito com que o tio dizia. Estava excitada e eufórica para começar nossa conversa, tamanha era sua curiosidade.

A segunda visita aconteceu na casa da avó materna, no Buraco Quente, onde aconteceu à dinâmica da árvore do conhecimento, mas tivemos que retardar a nossa subida pela grande movimentação no morro. Quando finalmente conseguimos subir, cheguei a uma

casa bem menor que a primeira visitada. Ela possuía uma sala-cozinha, um quarto e o banheiro que ficava do lado de fora da casa. No interior da sala, havia também uma escada que dava para uma laje em construção, ainda sem parede e telhado. Dentro da casa havia um pequeno sofá, uma mesinha de centro, uma estante que servia de parede divisória com a sala-cozinha, sob a escada estava o fogão de quatro bocas, um móvel onde guardava as panelas e os mantimentos. Mais adiante avistei a porta de um quarto que era dividida por uma cortina de pano estampada. A simplicidade e a modéstia da casa nos mostrava o quão simples era a vida daquelas pessoas.

### **“Linda Lourinha..”<sup>9</sup> As vitórias de “K” e sua família.**

A visita à casa da jovem mãe “K” e sua família se destacou no contexto das outras jovens, pois, apesar de morar na mesma comunidade, tinha conseguido voltar a estudar e se esmerava na tentativa de conseguir um emprego, realizando estágios remunerados, que ajudavam no orçamento familiar. O seu companheiro adulto também estava estudando e trabalhava fora. Dele partia o sustento da família. Sua casa era ampla de paredes brancas e limpas, a porta principal dava para a sala que era espaçosa e confortável, nela havia três sofás de dois lugares. Uma estante de mogno, uma televisão e um videocassete, além de muitas fotos e pequenos enfeites. No chão, protegendo o piso de tom claro, um enorme tapete estampado. Havia um pequeno corredor que levava a um quarto e à cozinha, o banheiro ficava do lado de fora da casa, no quintal, onde se podia avistar um pequeno tanque de pedra e alguns vasos de plantas.

Durante a visita à casa da jovem “K”, ela mencionou sua preocupação com os seus ciclos menstruais, que se encontravam atrasados há cinco meses. E que apesar de ter realizado mais de três ultra-sonografias e testes de gravidez, todos haviam apresentado resultados negativos. Sugerí à jovem que procurasse novamente um ginecologista para a realização de mais exames.

Sua mãe, dona “MS”, conversou muito comigo e a ACS “V” sobre toda a trajetória da filha após o nascimento do neto; explicou em sua narrativa que a filha estivera internada na unidade de terapia intensiva materna por dois dias, devido a SHG e que o neto ficara internado na UTIN da mesma maternidade:

---

<sup>9</sup> Título da marchinha de carnaval de autoria do compositor [Braguinha, 1933](#).

“MS” (avó)\_\_\_ Como eu estava dizendo [...] (*prosseguiu “MS”*) \_\_ Os vizinhos vieram me acudir, naquele dia mesmo, nós a levamos para a maternidade. A “K” estava meio abobada, quando chegamos na maternidade, só vi a minha filha sendo levada em uma maca para uma sala. Parecia que tinha se passado um tempão, foi quando veio um médico usando uma roupa tipo um pijama e me disse: **“A senhora precisa ser forte vamos tentar salvar os dois, mas a sua filha e a criança correm risco de morte!”** (*e ao dizer isso seus olhos se encheram de lágrimas*)\_\_ Foi aí que vi a minha filha passando com um tubo na boca e sendo levada para uma outra sala, foi muito difícil ouvir aquilo, tive muito medo dela morrer! (*sua fala estava embargada*)

A avó de “I” mencionou o quanto fora difícil para ela pensar que poderia ter perdido os dois, filha e neto. Os agravos à saúde materna, como a Síndrome Hipertensiva Gestacional, ainda são muito preocupantes porque vêm matando muitas mulheres ainda, além das seqüelas provocadas à saúde do bebê como prematuridade, pelo retardo no crescimento uterino e asfixia perinatal, foi um drama que dona “MS” viveu com o nascimento de “I”.

Brígida \_\_\_ E depois, o que aconteceu? (*falei lançando sobre ela um olhar terno e de cumplicidade por se lembrar de momentos difíceis por que passara*)  
 “MS” (avó) \_\_ Eles a levaram para o centro cirúrgico. O “I” nasceu “pequeninho”, foi direto para Utineo. Minha filha foi para o CTI. Mais uma vez o médico veio conversar comigo desta vez ele disse: **“O seu neto é muito “prematuro”, a senhora tem que ser forte, sua filha está um pouco melhor agora, mas precisa de atenção rigorosa, a senhora tem que ser muito forte!”** (*e enxugou algumas lágrimas e continuou*)\_\_ Depois que ela melhorou foi para a enfermaria, estava fraca. O “I”, eu o via do vidro da incubadora, cabia na palma da mão da gente. (...) Como ele era muito pequeninho, fraquinho, eu dei muito angu para ele, eu precisava fortalecer ele. Então dei angu, ele estava novinho! (*sorriu e olhou para a filha agora*)

As maiores preocupações da avó de “I” foram o tamanho e o peso do neto ao nascer. Além do recurso da farinha (angu), mencionou a sua preocupação com o “leite de peito” necessário para que crescesse e se tornasse forte e assim garantir a sua sobrevivência, uma vez que “K” não amamentou o próprio filho.

Brígida: \_\_\_ A senhora deu angu para ele com que idade? (*exclamei assustada*)  
 “MS” (avó)\_\_\_ Tão logo ele saiu do hospital comecei a dar angu para ele, quer dizer com uns quatro meses eu acho! (*e deu um sorriso escondendo o rosto com as mãos*)  
 Brígida: \_\_\_ E ele não apresentou diarreia? (*quis saber*)  
 “MS” (avó) \_\_ Que nada ficou foi gordo e cresceu forte! Ah! Também minha filha quando saiu não tinha leite. Falei com uma vizinha que estava amamentando, aí o “I” foi amamentada por ela, ela tinha outros filhos que também mamavam ainda, era uma preta que tinha muito leite. (*falou orgulhosa dona “MS”*)

Dona “MS” buscou na comunidade a prática de “amas de leite”, pouco se importou com os riscos que poderia incorrer aquela prática. A essa ingenuidade “desarmada” frente aos enfrentamentos sob a realidade, “MS” precisou mais do olhar, mas admirar o que não havia observado em sua intimidade, quanto à atitude tomada frente à alimentação do neto.

Brígida \_\_\_ A senhora não tinha medo dele pegar uma doença, porque hoje em dia não é como a 20 ou 30 anos atrás que não tinha o problema da AIDS, a senhora pensou que era o melhor para o seu neto o leite materno, não foi? E a AIDS? Pensou como poderia ser arriscado? (*perguntei a “MS” que pareceu refletir sobre o que perguntei a ela, pois fez um breve silêncio depois me respondeu*)  
 “MS” (avó) \_\_ Não tinha pensado nisso! (*confessou “MS” e prosseguiu*). Queria que ele crescesse forte tomando leite de peito, só isso!

Dona “MS” buscou na comunidade uma “ama de leite”, pois a sua preocupação central era que ele “crescesse forte tomando leite de peito” e não tinha consciência dos riscos associados a essa prática e nem as conseqüências para a sobrevivência saudável do bebê. A concepção ingênua de sobrevivência e a prática de cuidado comunal podem interferir inclusive na disseminação silenciosa do HIV/AIDS devido à prática da amamentação cruzada. Não é raro encontrar nos serviços de atendimento a esse grupo a problemática da contaminação por causa não identificada. Essa enunciação nos alerta para questionarmos a prática da amamentação cruzada na comunidade, no conjunto da história de saúde de criança.

## Correr riscos

Na vida, temos que tomar muitas decisões. Algumas fáceis; algumas difíceis.

A maior parte dos erros que cometemos não se devem a decisões erradas.

A maior parte dos erros se deve a indecisões. E arriscar. Tudo é arriscar.

Rir é correr o risco de parecer um tolo.

Chorar é correr o risco de parecer sentimental.

Abrir-se para alguém é arriscar envolvimento.

Expor os sentimentos é arriscar expor-se a perdê-los.

Expor idéias e sonhos é arriscar-se a perdê-los.

Amar é correr o risco de não ser amado.

Viver é correr o risco de morrer.

Ter esperanças é correr o risco de se decepcionar.

Tentar é correr o risco de falhar.

Os riscos precisam ser enfrentados, porque o maior fracasso da vida é não arriscar nada. A pessoa que não arrisca nada, não faz nada, não tem nada, é nada. Ela pode evitar o sofrimento e a dor, mas não aprende, não sente, não muda, não cresce ou vive. Presa à servidão, ela é uma escrava que teme a liberdade. Apenas quem arrisca é livre.

(LEGRAND. A).



**Foto 3 - Posto Florestal, Morro dos Telégrafos e Linha de tiro  
(MALTA, 1930)**

**Acervo do Arquivo Geral do R. J.**



## Capítulo II. Os desafios e os enfrentamentos da jovem mãe e sua família no cuidado ao bebê prematuro no domicílio

Neste capítulo, desenvolvemos as argumentações relacionadas às práticas de cuidado com o bebê prematuro que representaram desafios para as jovens mães e suas famílias, bem como os subsídios que contribuíram para a sua superação. Desse modo, pretende-se responder as questões norteadoras da investigação: a) Que práticas de cuidado com o bebê prematuro representaram desafios? b) Que subsídios buscou-se para conduzir o cuidar com esse bebê?

As jovens mães e seus familiares contaram com os recursos disponíveis na comunidade, os equipamentos sociais e a solidariedade dos vizinhos para desenvolver um cuidado familiar e comunal, como vistos no capítulo anterior. Associado a isso, as dinâmicas, árvore do conhecimento realizada com cinco grupos familiares e linha da vida implementada com um grupo, evidenciaram situações existenciais complexas e plenas de conteúdo emocional. Os cuidadores de suporte e as agentes comunitárias de saúde se somaram aos membros da família e compartilharam com eles os subsídios e as estratégias de enfrentamento para desenvolver o cuidado ao bebê prematuro no domicílio.

"MR", a tia de "AC", apropriou-se da metáfora como recurso de linguagem para enunciar as dificuldades porque passou a jovem mãe no enfrentamento com a prematuridade do bebê.

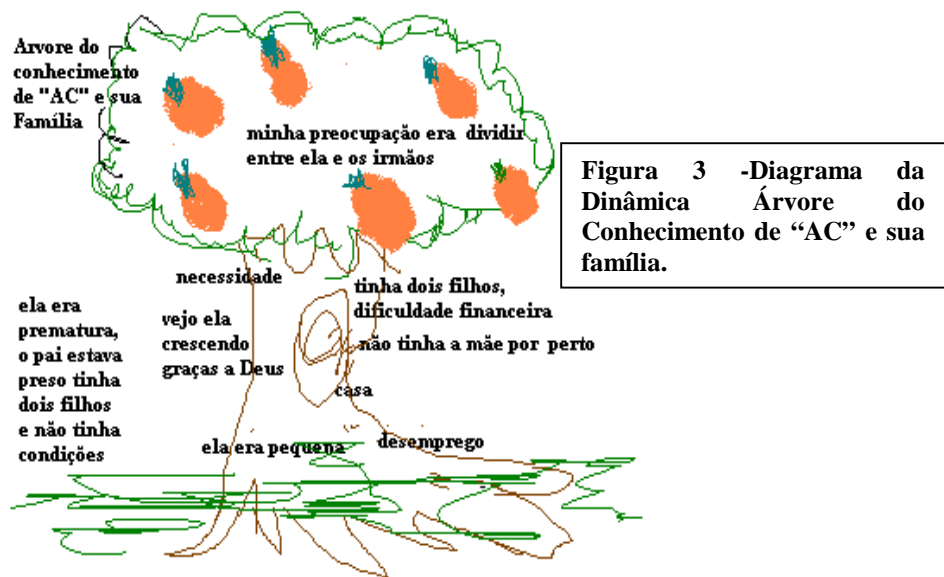
Brígida: \_\_ "MR" explicava [...] Casa, necessidade, desemprego. Há alguma razão específica, algum motivo para você ter posto ali?

"MR" (tia): \_\_ Não! Porque é. Na [...] eu botei na [...] como é que se fala?"

*Todos ajudaram:* \_\_ No caule (Figura 3)! (*disseram em coro*)

"MR" (tia): \_\_ Porque é [...] Ih! [...] Que vai acompanhar o desenvolvimento todo! [...] Porque eles ainda estão em fase de crescimento!

Entre as necessidades do bebê prematuro para crescer e desenvolver-se, "MR" destacou os obstáculos com os quais "AC" continua se defrontando para superar os desafios de cuidar. As privações materiais ganharam destaque, e a sua existência foi associada ao "caule da árvore". Para ela, o caule da árvore representou tudo que uma criança precisa, do ponto de vista das condições materiais de sobrevivência, daí as palavras-chaves "casa", "necessidade", "desemprego" foram localizadas no caule porque isso proverá os meios materiais necessários para o crescimento e desenvolvimento dos filhos de "AC", incluindo aí a superação do desafio de cuidar de "NK" (a bebê prematura).

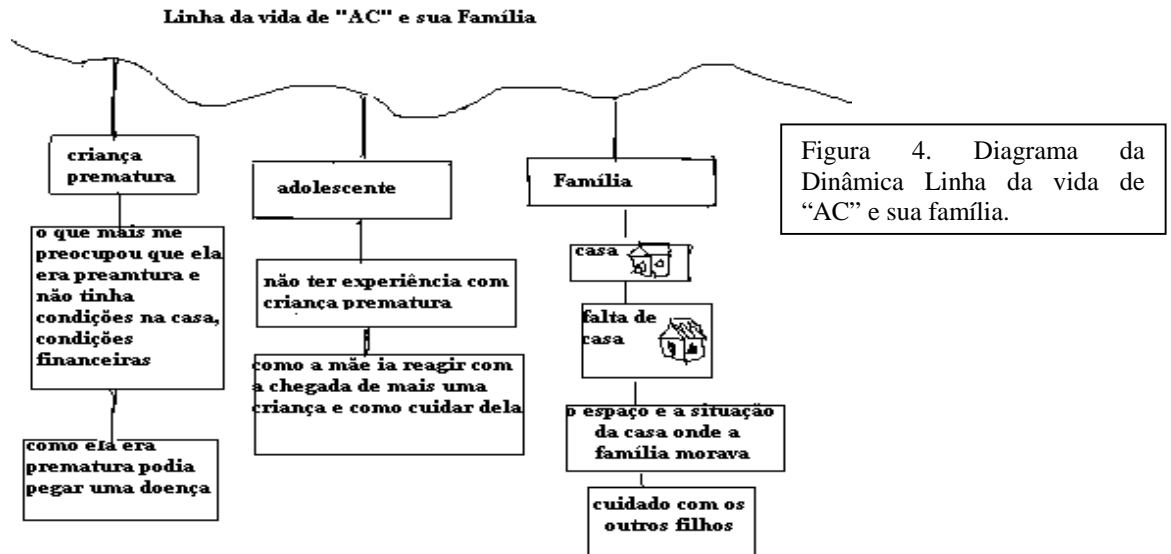


"MR" tomou o caule como base para o crescimento e desenvolvimento devido a sua solidez e sustentação dos galhos da árvore. Os galhos partem do caule e é por ele que percorre o sustento da vida da árvore. Portanto, é das condições materiais de sobrevivência que sai o sustento da vida da criança; a moradia protege das adversidades do meio físico e o emprego provê a fonte financeira para aquisição do alimento, do remédio, da roupa etc. Nesse sentido, o "desenvolvimento" do bebê é metaforicamente associado aos galhos da árvore; o galho para crescer e desenvolver depende da nutrição que vem do tronco.

Os desafios existenciais passam primeiramente pela privação de recursos materiais, portanto pela sobrevivência; e o seu enfrentamento é uma constante na vida da família que acolhe "AC" e seus filhos.

Na fala da avó "A", mediada no espaço da dinâmica linha da vida, outros momentos difíceis vividos pela família foram enunciados com emoção e revelaram mais conflitos existenciais além daqueles relacionados às condições materiais de sobrevivência. A pouca maturidade da jovem mãe e sua inexperiência com o cuidado ao bebê prematuro se somaram aos desafios já existentes.

Dona "A" (avó): \_\_\_ Coloquei prematura! (figura 4) Porque quando ela nasceu, precisava de muitos cuidados, porque a casa onde ela morava, eu tinha receio, não tinha posição para ela. Então eu tinha muita preocupação pelo estado em que ela se encontrava. Assim ela não tinha condição de criar essa criança. Eu principalmente ficava muito preocupada com aquela criança. Procurava ajudar, cuidava, ficava preocupada! (*parecia emocionada ao lembrar do que passaram*)



Ao mencionar os desafios que configuraram a problemática da jovem mãe, a avó nos aponta um novo desafio para a condição existencial relacionado com o cuidado ao bebê prematuro. Além do pouco espaço físico na casa para acolher mais um membro da família, havia as condições em que a jovem mãe e sua filha prematura se encontravam. A juventude da jovem mãe e sua inexperiência com o cuidado ao bebê prematuro se apresentavam como limites e preocupavam a avó. Em sua concepção, ambas precisavam de ajuda e de cuidados. Não só o bebê prematuro precisava de cuidado, mas também a jovem mãe.

Outras as situações existenciais enunciadas por outras jovens mães no espaço da dinâmica árvore do conhecimento nos revelaram novas trajetórias com desafios, subsídios, enfrentamentos e mecanismos de superação. Para algumas, essa trajetória se iniciou com o nascimento, quando as jovens mães ainda estavam na maternidade; e para outras começou com a volta para casa. Nesse sentido, codificou-se o primeiro tema - **o desafio começa com o nascimento** – para a compreensão dos efeitos polissêmicos do foco central da investigação.

“S” (jovem mãe): \_ Ali na raiz (**Figura 5**). Botei os médicos [...] Porque se não fosse os cuidados médicos. Eu nem sei se ela já estava viva! Aí, que botei na hora mais difícil de minha vida [...].



Figura 5. Diagrama da Dinâmica Árvore do conhecimento de "S" e sua Família.

O desafio de cuidar, para a jovem mãe "S", iniciou com o nascimento do bebê prematuro devido às demandas de cuidados médicos de sobrevivência em ambiente de terapia intensiva neonatal. A necessidade de sobrevivência do bebê representou momentos difíceis para serem superados, daí sua inserção na raiz da árvore.

O nascimento do bebê prematuro leva a jovem mãe a experimentar mais um enfrentamento, o da possibilidade da sobrevivência de seu filho que contou com a atenção especializada da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O crescimento na oferta desses serviços em quantidade e qualidade vem causando um forte impacto culminando na sobrevivência do bebê de extremo baixo peso, levando a uma nova realidade desafiadora do cuidado para as jovens mães e suas famílias, o egresso da UTIN (CABRAL, 1998; CABRAL; MORAES e SANTOS, 2003).

Para Wong (1999), o atendimento às necessidades emocionais da família é primordial quando uma criança é admitida em uma UTIN. Nesse sentido, faz-se necessário desenvolver abordagens junto à família para reduzir não só o impacto da hospitalização do filho na UTI, como também potencializá-los para o desenvolvimento do cuidado no retorno ao domicílio.

O nascimento prematuro é um advento inesperado (RODRIGUES, 2000), especialmente para jovens mães que visualizam esse momento como uma situação desafiadora. A partir de suas experiências inseridas no mundo da vida, adquirem um saber social alicerçado no sofrimento, na dor da perda de muitos objetos de desejo, na interrupção de projetos de vida e no despertar precoce de sonhos que não puderam sonhar. A oportunidade de expressar essas vivências desvelou memórias passadas da gravidez de risco, do parto prematuro e do nascimento do bebê inédito, três fatos particulares e implícitos em

uma mesma realidade. Diante do novo, precisavam aprender a conhecer os seus filhos, para então deles cuidar.

A mesma problemática foi desvelada na dinâmica realizada com a jovem mãe “K” e sua família.

Brígida: \_\_ Então a senhora acha que esse crescimento [...] Porque ele era “pequeninho”[...]

“MS” (avó) \_\_ Ele era “pequeninho” só tinha seis meses!

Brígida: \_\_ Esse foi um desafio para a senhora?

“MS” (avó): \_\_ Pra mim? Pra mim foi! Pra mim foi um desafio [...] Porque como várias pessoas diziam que ele não iria sobreviver não, porque ele era muito “pequeninho”[...] 1.200 g. O quê [...] Que é um 1.200g? (Figura 6) Não é nada! Muito pouquinho[...] Tinha que pegar na palma da mão, ele era assim [...] (mostrou a palma da mão estendida) ele não vai sobreviver, então...(sorriu) castiguei na comida! (mais risos)

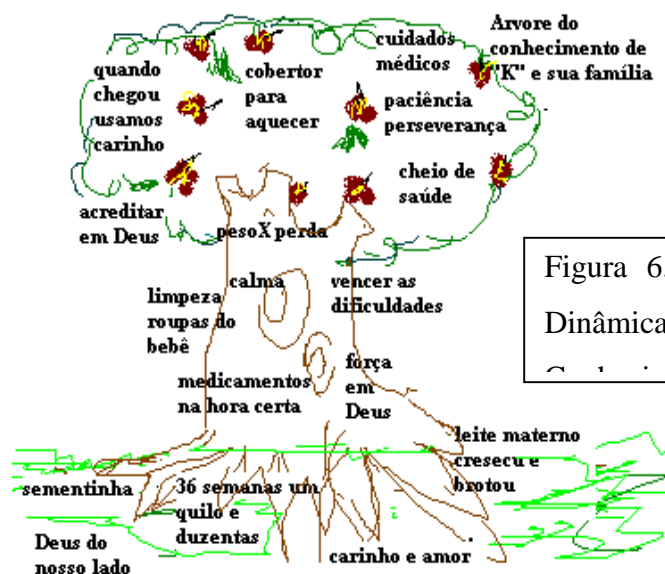


Figura 6. Diagrama da Dinâmica Árvore do

Mediado por processos parafrásticos, o enunciado da avó de “K” (jovem mãe) constitui um novo sentido para o desafio de cuidar do bebê prematuro relacionado à presença na terapia intensiva neonatal. Faz uso da repetição para revelar o seu espanto diante de um corpo tão pequeno e com tão pouco peso. Como alguém tão pequeno, que cabia na palma de sua mão, conseguiu sobreviver? Sua incredulidade diante de uma unidade de medida tão concreta e de uma imagem tão real contrastava com sua concepção de saúde do bebê que nasce a termo, constituída na sua aprendizagem social com o senso comum. Bebês recém-nascidos têm mais peso e não cabem na palma da mão, portanto ganhar peso foi uma meta definida por ela, daí o “castiguei na comida”. Por isso a analogia criada pela árvore do conhecimento de sua família oportunizou a metáfora que representou: o peso e as dimensões do corpo do bebê prematuro representados pela “raiz da árvore”.

De certo que a hospitalização de um bebê é um choque (LAMY, 1995; CABRAL, 1998, SCOCHI, 1999; RODRIGUES, 2000) e cria na família uma atmosfera de estresse,

insegurança, medo, pensamentos confusos e ambíguos, que gera dificuldades para desenvolver o cuidado, seja no ambiente da UTIN ou no domicílio, em especial nos primeiros dias após a alta.

Lamy (1995) afirma que aqueles pais que se defrontam com a internação de um filho logo ao nascimento, a vêem como um fato novo e inesperado. Para eles, o cenário da UTIN é um ambiente assustador, pois ao verem seu bebê doente e cheio de aparelhos, têm dificuldade de reconhecê-lo como seu.

O peso se configurou como um grande desafio para “K” (jovem mãe) e a avó do bebê, que tiveram de superar as constantes oscilações entre ganho e perda de peso. No entanto, na expectativa de que ele (“T”) adquirisse peso mais rápido, acrescentaram fubá (angu) a sua dieta, com todos os riscos advindos dessa prática, a imaturidade do sistema gastrointestinal

A volta para casa se constituiu em uma conquista, pois superaram a passagem pela UTIN e o bebê prematuro sobreviveu. Aos seus olhos, o tamanho do corpo e o peso tornaram aquele bebê diferente do que era habitual para o retorno de um bebê da instituição de saúde, daí a jovem mãe e sua família teriam de enfrentar os desafios impostos por uma criança com cuidado especial de saúde e que a qualidade de sua vida tem relação direta com as condições materiais de sobrevivência e as condições de existência do grupo familiar que o acolhe.

Para Scochi (2000, p. 87), a maior sobrevida dessas crianças tem como marco a implantação das modernas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal, com registro do aumento da morbidade tardia que leva profissionais e pesquisadores a preocupar-se com a qualidade de vida dos sobreviventes e a necessidade do seu seguimento durante toda a infância.

Também no entender de Mello e Rocha (1999), o avanço da assistência neonatal possibilitou o aumento das taxas de sobrevivência das crianças de baixo peso, especialmente nos últimos 30 anos, entretanto, a sobrevida dessas crianças, particularmente daquelas com muito baixo peso ao nascer, tem sido temática de investigação com questionamentos sobre a qualidade de vida e preocupações com o seguimento dessas crianças.

O esclarecimento de dúvidas é fundamental para amenizar a ansiedade dos pais sobre como será o crescimento e o desenvolvimento do bebê prematuro no futuro. Diversos aspectos são indispensáveis para se obter à sobrevivência do bebê prematuro com êxito, entre eles destaca-se a avaliação das repercussões da terapêutica neonatal após a alta, a necessidade de se diagnosticar e intervir precocemente sobre os desvios de crescimento e desenvolvimento, visando fornecer os meios para que essas crianças tenham uma boa qualidade de vida (GOULART, 1996).

Mello (1998) menciona que o aumento do número de readmissões hospitalares associado ao tempo prolongado de internação, principalmente nas crianças de muito baixo peso ao nascer, vêm se constituindo em indicadores de morbidade em longo prazo. A autora ressalta que a alta hospitalar não significa a resolução dos problemas de saúde dessas crianças, mas que ela (a alta) imprime a necessidade de acompanhamento ou seguimento.

Nesse sentido, a condição de prematuridade aumentava a ansiedade, e o medo cercava ações simples e aparentemente triviais como a troca da fralda, a alimentação do bebê, o levar ao colo, além da incerteza sobre as potencialidades do crescimento e desenvolvimento saudável do bebê prematuro.

Embora a mortalidade infantil tenha sofrido um decréscimo nos últimos anos, a sua ocorrência nos períodos perinatal e neonatal permanece com índices elevados. Na configuração epidemiológica, o prematuro egresso da terapia intensiva neonatal tem se mostrado vulnerável à morbidade e a reinternação hospitalar no período pós-neonatal. A ansiedade das jovens mães e seus familiares deve-se à labilidade do quadro de saúde do bebê prematuro e os riscos de adoecimentos a que estão expostos. O cuidado ao bebê prematuro pode ser o diferencial na qualidade de vida e no padrão de crescimento e desenvolvimento que se dará no curso dos primeiros cinco anos de vida.

Ainda são preocupantes os índices de mortalidade infantil perinatal e neonatal precoce. E quando os prematuros ultrapassam a faixa etária perinatal e neonatal, vêm-se diante dos agravos à saúde típicos do período pós-neonatal. A alta do recém-nascido, algumas vezes, representa um momento arbitrado, se ele vai continuar seu tratamento em casa.

O bebê prematuro possui um corpo inédito para a jovem mãe e sua família, cujo aprendizado sobre suas particularidades se dá na prática do cuidar, em especial quando os familiares cuidadores se vêm sozinhos com a criança no domicílio. Entretanto, os primeiros dias de vida da criança em casa representam uma lacuna entre o momento da alta hospitalar e a primeira consulta de seguimento ambulatorial. Nesse intervalo de tempo, qual é o ponto de apoio que a família busca para dar conta de suas dúvidas e dificuldades para cuidar? Com quem ela compartilha suas angústias de cuidar? São perguntas que essa pesquisa tem a intenção de explorar.

Nesse ponto, o papel da equipe de enfermagem desponta como primordial, e ele deve iniciar-se na chegada da criança à UTIN e continuar durante sua estadia e permanência, o que pode contribuir na recuperação dela no período mais crítico, no preparo dessa família e da jovem mãe para a alta hospitalar e no acompanhamento de seus desafios nos primeiros dias

após a alta no domicílio. Nesse momento, a enfermagem pode minimizar as dúvidas, ouvindo e esclarecendo os seus questionamentos e anseios quando do retorno ao lar.

As jovens mães e seus familiares prosseguiram em suas enunciações descrevendo mais desafios e suas tentativas de superá-los no cotidiano do cuidado no domicílio. É na fala da ACS “D” que foi codificado o tema: **o desafio de cuidar começa com a volta para casa.**

“D” (ACS) responde: \_ Quando ela veio do hospital! Ela era muiitoo magrinha, muiitoo pequenininha e o melhor remédio [...] Era o leite da mãe dela...E não de mamadeira, né?!? (*virou-se para “S”*)

“D” (ACS) falou de um bebê que chegou do hospital, muito pequeno, de baixo peso e que precisou por essa razão receber o “leite da mãe” e não de mamadeira. Em sua concepção metafórica, o leite é um “remédio”, pois assegura ganho de peso, a vitalidade, a proteção contra as doenças, entre outros benefícios. “D” (ACS) se referiu ao “leite da mãe” como um “remédio” para “L”, daí a localização da palavra chave na raiz da árvore de “S” e sua família. O conjunto dessas palavras na árvore representou para “D” (ACS) os desafios de “S” e sua família, e sua experiência com um bebê muito pequeno e magro que voltou do hospital, cujo melhor “remédio” prescrito foi o “leite da mãe”.

Quando “D” (ACS) mencionou o “remédio leite da mãe” queria dizer que a mamadeira não era necessária, não para um bebê tão pequeno como “L”. Daí compreendi o *desafio da amamentação* enfrentado por seus cuidadores porque enfatizou a necessidade de “L” receber a *amamentação exclusiva*, embora o *leite da mãe* seja substituído pela mamadeira.

Na concepção de Almeida (1999) amamentar é um ato biológico, que está internalizado no âmbito sociocultural das pessoas, mas que se choca, em oposição, com outros conceitos ideológicos, como a mamadeira e a relação com o aumento de peso. Na condição de vida da jovem mãe que enfrentou a longa permanência do filho na UTIN e não pode oferecer o seio materno, as dificuldades na relactação tornaram o uso da mamadeira uma estratégia viável. A amamentação na maternidade prematura sofreu adaptações através da intervenção do cuidado compartilhado e apropriação de valores da vida social da jovem mãe junto à comunidade.

Os desafios com o bebê, como alimentá-lo, banhá-lo, vesti-lo e observá-lo, foram também relatados como situações-desafio no discurso da maioria das jovens mães e suas famílias. Como se segue na descrição do relato a seguir.



“MS” (avó): \_\_ Quando ele chegou do hospital a gente não deixou ele ficar à vontade [...] E não enchia ele de roupa, mas [...] Ele ficou a vontade... Ficou na barriga dela para poder se aquecer (*se referia ao período que “I.” ficara na enfermaria canguru, fato que também já haviam mencionado antes da dinâmica*) Como em casa não tinha a barriga dela, sempre o mantinha quentinho [...] Agasalhadinho!

A avó de “T” mencionou que o neto, por ser pequeno, teve poucas roupas porque elas não cabiam nele. Com isso ela procurou deixá-lo à vontade, mas nem tanto assim, pois precisou manter sua temperatura corporal adequada como a da barriga de sua filha. Era importante mantê-lo aquecido e agasalhado. Com essa atitude em aquecer o neto que não tinha mais “a barriga da mãe” (*lembranças da enfermaria canguru*), “MS” nos mostrou sua estratégia para cuidar do neto no seguimento domiciliar, porque adotou medidas que mantiveram a temperatura corporal do bebê prematuro apesar de todos os desafios.

As particularidades relacionadas à imaturidade biológica da criança prematura se destacam como: o sono e a vigília que se diferencia do bebê a termo, as dificuldades na amamentação quanto à pega, à sucção e à deglutição, além da instabilidade termorreguladora na manutenção do calor corporal, dos períodos de pausa respiratória seguidas de apnéia, dos graus variados de refluxos gastrofágicos que podiam ocasionar pequenas broncoaspirações. Sem contar a oscilação de ganho e perda de peso, fatos que se tornaram uma preocupação constante dos familiares e que caracterizam o *desafio biológico pela* cognoscibilidade do corpo a ser cuidado.

No desvelar de seus desafios, a jovem mãe “S” e sua família apontaram suas dificuldades em atender os cuidados do bebê (“L”) quando chegou em casa. Os sujeitos trouxeram, para a discussão coletiva, a situação desafio de se cuidar de um bebê de baixo peso, com diferentes denominações polissêmicas (“magrinho”, “pequeninhos”, “frágeis”, “moles”) que representou a pouca sustentação do seu corpo.

Brígida: \_ Então você colocou o quê na [...]

“D” (ACS) *me interrompeu e não conseguiu concluir a frase*: \_\_ Eu pus na raiz!

*Então, penso: O quê e porque ela pôs na raiz?*

*Daí pergunto*: Brígida: \_\_ Na raiz? Por que você colocou na raiz?

“D” (ACS): \_ Porque eu acho que é a base para sobreviver ela tinha que ter saúde, para isso ela precisava ganhar peso Eu coloquei também saúde frágil porque ela precisava de cuidado e atenção. Por ela ser prematura ela era muito “fragilzinha”, poderia ficar [...] Pegar uma doença Ai! Também coloquei na raiz porque acho que também é a base!

Em sua enunciação “D” (ACS) se referiu à relação entre saúde e ganho de peso; sobrevivência e saúde frágil; fragilidade, cuidado e atenção. O movimento do diálogo nos permitiu observar as relações que se estabeleceram para o cuidado do frágil bebê, e que requeria cautela e vigilância. Sua fragilidade incorria em perigos quanto à possibilidade de

adquirir doenças levando-o a condições de risco de adoecimento, metaforicamente representado pela raiz por ser a base da árvore. Esse cuidado era fundamental para o bem-estar do bebê que precisa ter saúde, ganhar peso e não adquirir doenças. A metáfora se fez presente devido à disseminação das palavras chaves em diferentes partes da árvore: seus dilemas e receios foram colocados “na raiz” e “na copa” e ressignificou para os participantes a situação-limite trazendo-os para mais próximo de sua realidade.

Nos discursos de “S” e sua família, os principais cuidadores do bebê prematuro no domicílio trouxeram seu contexto social e histórico e demarcaram estilos de vida e maneiras de cuidar dele prematuro diante de uma realidade repleta de adversidades, de insuficiências materiais para a sua sobrevivência e manutenção da existência.

Os fenômenos que emergiram dos efeitos metafóricos, mediados pela imagem da árvore do conhecimento, produzidos pela família de “S”, desvelaram o seu modo de vida pelo deslizamento de sentidos típico dos efeitos metafóricos discursivos. O significado dessa interpretação ideológica e do acontecimento da prematuridade na vida deles teve muita identidade com o acontecimento da maternidade prematura da jovem mãe. À família coube o papel de guardiã e protetora dos interesses do bebê e da jovem, seres essencialmente vulneráveis. A árvore do conhecimento se apresentou como um recurso por excelência, possibilitando que os participantes apreendessem os seus efeitos de sentido e produzissem discursos analógicos. Sem se mostrar por inteiro, revelaram sua identidade familiar, cultural e social diante do cuidado ao bebê prematuro e da jovem mãe diante da maternidade prematura. Em sua relação discursiva, jovem mãe, familiares, agente comunitária de saúde e cuidadores de suporte analisaram os desafios, seus mecanismos de enfrentamento e as superações, tomando como base o advento da prematuridade como estrutura e como acontecimento que representou o desafio do cuidado do bebê prematuro no domicílio.

Os desafios no cuidado ao bebê prematuro associados com a volta para casa também foram codificados na situação existencial das irmãs “Regi” & “Rege” e sua família.

Durante a dinâmica árvore do conhecimento, eles registraram as palavras-chaves na raiz da árvore (Figura 7). Nos discursos produzidos pelas jovens mães “Regi” & “Rege”, “T” (prima) e “J” (ACS) e os seus modos de ressignificação trouxeram a situação problema representada por efeitos metafóricos, polissêmicos e parafrásticos. A problemática enunciada por eles revelou que o cuidado ao bebê prematuro encerravam desafios relacionados ao ambiente do domicílio, da rede social e familiar, codificado no subtema: **as dificuldades da jovem mãe no cuidado do bebê prematuro.**



Figura 7. Diagrama da Dinâmica Árvore do Conhecimento de “Regi” & “Rege” e sua família.

*Quem iniciou a apresentação da produção artística foi a ACS “J”:*

“J” (ACS): \_\_ Eu coloquei a dificuldade com relação à amamentação, porque [...] Não querendo dizer que elas não queriam amamentar, elas amamentaram, mas já começa a dar o misto, não fica exclusivo até os seis meses mesmo, o que seria o ideal! Quando as crianças vêm já começa a falar que as crianças tá mamando muito! Já tá na mamadeira, como já tá acontecendo! (*risos*) Com os dois, para mim a maior dificuldade é isso!

“J” (ACS) destaca a amamentação exclusiva como o desafio principal do cuidado ao bebê prematuro na volta para casa, daí a localização na raiz da árvore. Ela reconhece que amamentar é um desafio para as jovens, pois elas introduziram a mamadeira em complementação ao aleitamento materno.

A raiz também simbolizou a sustentação da árvore, que tinha a função de proteger das doenças, e estava ligada ao crescimento do bebê prematuro. Contudo, a “amamentação mista” pareceu ser uma prática que foi adotada pelas jovens mães com seus filhos. “J”, no entanto, valorizou e reforçou a importância da “amamentação exclusiva” (*ao seio materno*) e criticou a introdução da mamadeira na alimentação adotada pelas jovens mães com os seus bebês.

“J” (ACS) falou de “crianças” que, ao chegarem da maternidade, não foram amamentadas por muito tempo (*ao seio materno*), e que o aleitamento “misto” estava relacionado à introdução da mamadeira para complementar a amamentação das crianças. A ACS reuniu em seu enunciado elementos que tornaram explícita a atitude das jovens mães no efeito parafrástico quando mencionou por diversas vezes a ação de “amamentar”, que foi incorporada a introdução da mamadeira na dieta alimentar dos bebês no domicílio.

No domicílio, a preocupação com o ganho de peso, associado à dificuldade de manter a lactação, gera o estresse que motiva a jovem mãe e sua família a introduzir o complemento alimentar, que pode produzir perturbações orgânicas pela ingestão do leite artificial, como a

diarréia e a desidratação, as quais podem se tornar as possíveis causas de reinternação do bebê prematuro.

A dificuldade para amamentar conduziu as jovens “Regi” & “Rege” a complementar a amamentação com mamadeira. O desafio foi superado pelas jovens mães com a participação da família diretamente no cuidado dos bebês prematuros no domicílio, mencionado pelas próprias jovens ao admitirem sua ajuda. Segundo elas, foi necessária para a superação do desafio de cuidar do bebê que voltou para casa, dando origem ao subtema: **o cuidado compartilhado na superação do desafio de cuidar.**

No cuidado compartilhado, as jovens mães, as famílias, os cuidadores de suporte e as ACS’s buscam a superação dos desafios pelo cuidado comunal e familiar prestado ao bebê prematuro no domicílio.

Brígida: \_\_ A família de vocês ajudou-as a cuidarem dos bebês? Ou vocês é que tomaram conta deles?

*Rapidamente “Rege” começou a falar.*

“Rege” (jovem mãe): \_\_ Minha mãe!

Brígida: \_\_ É! E quando ela ajudava você, ela falava alguma coisa [...] *(tentei ordenar os meus pensamentos ainda atordoados pelo que me acontecera na chegada até a casa das jovens)*

*Prosegui:* Ela orientava no que fazer? Por que todas vocês sempre tiveram experiência com crianças pequenas?

“Rege” (jovem mãe): \_\_ Ah! Eu já tinha, porque eu cuidava das minhas sobrinhas!

“Regi” (jovem mãe): \_\_ Ah! Ela ficava com as minhas filhas!

Na situação de “Regi”, o cuidado foi compartilhado com sua irmã “Rege” de 15 anos, já experiente nessa tarefa de cuidar. Participou ainda uma prima de 12 anos que era estimulada a levar os bebês ao colo.

Brígida: \_\_ Você “Rege”, tudo bem! Cuidava das sobrinhas. E você Regi? Você não tinha sobrinhas, né?!?

“Regi” (jovem mãe): \_\_ É verdade!

Brígida: \_\_ Pra você foi mais fácil? O que foi mais difícil?

“Regi” (jovem mãe): \_\_ Ah! Sei lá [...] *(risos)* [...] porque eu coloquei esse banho que era a minha mãe que dava [...] é isso!

Brígida: \_\_ E o companheiro de vocês? Ele ajudou? Ele ajudava com os nenéns?

“Regi” (jovem mãe): \_\_ Não! *(respondeu secamente)*

“Rege” (jovem mãe): \_\_ O meu ajuda!

Brígida: \_\_ Ajuda como?

“Rege” (jovem mãe): \_\_ Ah! Sei lá! Como assim? Ele me ajuda com as coisas! Como assim?

Brígida: \_\_ A cuidar!

“Rege” (jovem mãe): \_\_ Ah! Cuidar mais ou menos!

Brígida: \_\_ Ele troca a fralda, dá mamadeira? Seu neném tá tomando madeira? Seu neném está com que idade?

“Rege” (jovem mãe): \_\_ Quatro meses.

Brígida: \_\_ E ele não mama mais no peito?

“Rege” (jovem mãe): Mama! Mas ele mama mais peito! *(tentou justificar que dava mais o peito do que a mamadeira)*

“Rege” como cuidou das sobrinhas pareceu ter adquirido alguma experiência. O seu companheiro (*de 17 anos*), no entanto, teve pouca participação nos cuidados com o bebê. Quanto a sua irmã “Regi”, esta pareceu ter contado apenas com o apoio da família.

“Regi” (jovem mãe): \_\_ Todas duas nasceram prematuras, né? E quando você as trouxe para casa, é [...] (*ajeite-me ao sofá, pois estava incomodada com o forte calor*) Você disse que sua família ajudou! Seu companheiro ajudou também?

“Regi” (jovem mãe): \_\_ Não! A cuidar dela não! (*Respondeu secamente*)

Diferente de “Rege”, a jovem mãe “Regi” não contou com o apoio do pai de suas filhas, isso aumentou a necessidade dela enfrentar sozinha os seus próprios desafios no cuidado de suas filhas prematuras, por essa razão a família parecia estar sempre lhe dando mais apoio.

Quanto aos desafios de “Regi” no cuidado às filhas prematuras, ela os descreveu recorrendo aos efeitos polissêmicos inerentes à sua situação-desafio e dela apreendendo o real sentido para a “responsabilidade”.

Novamente risos

Brígida: \_\_ Então fala você! (*Virei -me para olhar para “Regi”*).

“Regi” (jovem mãe): \_\_ Eu coloquei primeiro. (*pausa para ajeitar a filha ao colo*) é [...] (*ainda não estava bem acomodada e então concluiu*) assim. (*suspirou*) p`ra dormir. Quando ela veio para casa assim. (*gesticulava um pouco e ao mesmo tempo equilibrava a filha ao colo*) Eu não estava acostumada. (*suspirou*) Da primeira filha. (*parecia tensa ao falar*) [...] Ter que ainda acordar de madrugada. (*continuou incomodada com a criança ao colo que agora chorava um pouco*) pra amamentar! Depois também foi o banho. *Concluiu “Regi”*: \_\_ Que a minha primeira filha foi muito pequena! Eu não conseguia assim segurar p`ra dá banho, com muito medo de cair! Ih! Ih! Depois também a responsabilidade! Que demorou muito! Tá! Pra ter. (*suspirou*) “Regi” parecia emocionada agora e prosseguiu: \_\_ Que pra eu acostumar [...] Com o bebê ficava com medo de sair, aí, eu tive que “cortar” tudo! Pra eu sair, ficar em casa p`ra ter que cuidar de crianças. Isso! “Regi” parecia cansada agora ao concluir a sua fala: \_\_ E eu coloquei na raiz porque é o começo de tudo!

A jovem mãe abandonou atividades de que a maioria as jovens de sua idade participavam, em favor do cuidado às filhas no domicílio. Na polissemia, o ato de “cortar” representou o nascimento da primeira filha, as necessidades com os cuidados que ela não dominava. Perder noites de sono para cuidar de um bebê que dormia pouco, amamentar e dar banho em alguém tão pequeno e que podia sofrer uma queda. Representou a interrupção de atividades comuns às meninas de sua idade; ficar em casa cuidando das filhas significou não sair para divertir-se, portanto, uma prova de responsabilidade.

Para “Regi”, tudo isso significou o começo, por isso escolheu a raiz da árvore. Isso a deixou triste porque a todas essas mudanças não mais permitiram que participasse de atividades sociais próprias de seu grupo social: sair com os amigos, freqüentar a escola, ir ao baile ou samba.

As visitas periódicas da ACS foi outro momento para a nossa reflexão quanto à atenção ao bebê prematuro no domicílio, porque ela as visitavam uma vez por mês. As visitas não conseguiam resolver todos os problemas enfrentados pelas jovens, que mesmo pela aparente tranquilidade precisou que as jovens tomassem a iniciativa de buscar a UBS, para resolver problemas intercorrentes na saúde dos bebês. Uma atitude também denominada pela ACS, como de responsabilidade e um senso de amadurecimento das jovens mães.

Brígida: \_\_ Quem teve bebê primeiro?

“J” (ACS) \_\_ Foi a Regi!

Brígida: \_\_ Você fez visitas quando ela chegou com o bebê, ainda bem novinho

“J” (26 anos): \_\_ Ainda cheguei a ver a neném dela novinha! Mas aí é uma vez por mês, né?!? Que a gente vem (*pausa e concluiu*), mas a neném estava sempre bem! Nunca vi que esteja assim (suspirou) Aquela dificuldade (*pausa*) aquela coisa toda. As crianças estão legal!

Brígida: \_\_ Ela nunca reclamou que tinha que tomar remédios? Elas tomaram remédio?

“J” (ACS): \_\_ No caso ela a Rege, Ela não estava aqui, quando, aí, encontrei com ela até lá na Vila [...] já tinha levado o neném no pediatra, elas são novinhas, mas são responsáveis!

As dificuldades vividas pela jovem “K” e sua família também foram superadas pelo apoio no cuidado compartilhado, foi uma das estratégias mais utilizadas para suprir inclusive a necessidade de vestimenta do bebê, a avó de “T” menciona a ajuda que recebeu de todos.

“MS” (avó): \_\_ Pôr poucas roupas [...] (*coçou a cabeça*) o que a gente ia fazer para cuidar dele? Com tão pouca roupa [...] (*suspirou*), mas todo mundo unido, dava um jeito aqui, o jeito dali [...] Juntando conseguimos cuidar dele.

O tronco na metáfora representou o centro da árvore e a união descrita pela avó de “T”, que ela menciona pelas dificuldades superadas graças à união de todos os membros da família.

Brígida: \_\_ E a senhora colocou no tronco da árvore, por quê?

“M.S”. (avó): \_\_ Porque no caso estava todo mundo unido!

Brígida: \_\_ Ah! Então aí é o centro.

“M.S.” (avó): \_\_ É tá todo mundo unido! (*risos*)”.

O problema que deu origem aos desafios enfrentados pelas jovens mães trouxe o encoberto pela “situação-limite” (FREIRE, 2003) que se apresentou como determinante de história esmagadora, cuja única alternativa que lhes cabia era adaptar-se. Dessa forma, os cuidadores não chegaram a transcender as “situações-limite” e a descobrir ou divisar, mais além delas em relação a elas, desvelou-se o “inédito viável”: os enfrentamentos diante do cuidado com seus filhos.

Muitos foram os enfrentamentos por que passaram os cuidadores do bebê prematuro por essa razão a descodificação do subtema - **o enfrentamento dos cuidadores frente aos desafios** - nos remeteu a outros enunciados trazidos da dinâmica das jovens mães e suas famílias.

O enfrentamento da amamentação surge como a um desafio representado na fala da “J” (ACS) que valorizou sua importância para a saúde do bebê prematuro.

Brígida: \_\_ Tá! E você pôs a onde

“J” (ACS): \_\_ Eu botei na raiz, porque é o começo de tudo, né?!? É o começo do neném. *(deu uma pausa para ajeitar-se na escada onde havia se sentado)* É onde ele vai ficar protegido de todas as doenças, por isso é que eu botei na raiz, porque a raiz é a sustentação assim, assistir o crescimento da árvore.

A raiz é o começo de tudo, também para “J” (ACS); para ela, a amamentação é o começo para o “neném” e precisa ficar na raiz. Metaforicamente o seu valor foi atribuído pelo fato de conferir proteção contra doenças, daí sua localização na raiz: representava a manutenção da vida. Essa figura imagética foi anteriormente associada ao crescimento e desenvolvimento do bebê prematuro, agora é retomada como sentido de manutenção da vida.

Na dinâmica da árvore do conhecimento de “S” e sua família, o bebê prematuro é uma criança vulnerável às doenças, incompleto pela sua condição biológica (prematuridade), “insone” (pelo descontrole no ciclo de sono e vigília) e diferente de um outro bebê a termo (“maduro”). Essas diferentes denominações fizeram parte do universo cultural e vocabular dos sujeitos da pesquisa e se constituíram nos sentidos expressos em seus diálogos que se travaram no interior da dinâmica, emergindo como saber de experiência feita.

“D” (ACS): \_\_ Coloquei... *(falou sorrindo)* [...] Que a mãe dela sempre reclamava que ela *(a “L”)* tinha insônia. E até hoje ela não dorme e o único remédio para isso é paciência, coloquei na copa, porque não considero um “problemão” é só ter paciência mesmo.

Para “D” (ACS), o bebê prematuro tinha “insônia”, mas isso para ela não representava um grande problema, tendo inclusive um “remédio” chamado “paciência”. Ao se expressar dessa forma, confere ao seu dito um sentido metafórico, registrando, na copa da árvore, a paciência como um remédio para a dificuldade de dormir do bebê prematuro como parte de suas demandas de cuidado. No entanto, ela não considera a formação do ciclo sono e vigília de um bebê que passou pela terapia intensiva neonatal um “problemão”. Para ela, isso é um advento normal na vida de um bebê como o da jovem mãe, e por essa razão a ACS prescreveu a “S” o remédio chamado “paciência”.

Reportamo-nos ao ciclo de sono e vigília do prematuro, que freqüentemente sofre alterações, devido à constante interrupção do sono pela realização dos cuidados durante o tempo que permaneceu internado na UTIN. Esse bebê, que entregamos à jovem mãe e sua família, vem cercado por dúvidas quanto ao modo como ele precisa ser cuidado no domicílio. Nesse processo interativo da família, Barnard *et al.* (1984) descreveram o quanto as características do comportamento do prematuro, sua alteração do sono e a capacidade de

resposta a estímulos externos podem perdurar por meses, aumentando, dessa maneira, a dificuldade de relacionamento com os pais.

A jovem mãe e suas famílias, em geral, esperam um bebê alerta e vigoroso, típico dos bebês a termo. Este também se configurou como um enfrentamento vivido por “S” e os cuidadores de “L”, denominado o *desafio comportamental* pelo des controle do ciclo de sono e vigília do bebê prematuro.

“Sal” (vizinha de “S”), no espaço de criatividade e sensibilidade proporcionado pela dinâmica da árvore do conhecimento, também enuncia mais um enfrentamento vivido pela jovem mãe, quando mencionou o banho do bebê.

Brígida: \_\_ Entendi! Quem quer explicar o próximo?

“Sal” (vizinha): \_\_ Eu botei [...] do banho dela porque ela era “pequeninha”[...] Muito amor à família que ela tem [...]i[...] i[ ...] Botei também [...] (*escondeu o rosto e começou a rir*).

Brígida: \_\_ Então a senhora colocou aonde?

“Sal” (vizinha): \_\_ Na copa [...]

Brígida: \_\_ Na copa [...] O banho.

“Sal”. (vizinha): \_\_ Coloquei o banho, o amor à família carinho e amor!

Brígida: \_\_ No tronco? A senhora colocou mais uma coisa: amor e carinho

“Sal” (vizinha): \_ Carinho e amor! No banho, o carinho e o amor! Pequeninha, né?! O banho tem que ser dado com amor!!!

Brígida: \_ Entendi! A senhora acompanhou a “S.”, a fase que ela veio bem pequeninha mesmo do hospital?

“Sal” (vizinha): \_\_ Acompanhei! Pequeninha [...] para dar banho era pequeninha mesmo, né?!? “S”. Era muito ‘mole’ (*o corpo sem sustentação*) para dar banho. Muito pequeninha mesmo!

“Sal” atribuiu ao sentido “de dar banho” registrando a expressão no tronco e na copa da árvore. O banho era necessário, mas precisava ser feito com amor e pela sua família. Além disso, era preciso carinho e amor. Na concepção de “Sal”, toda criança “pequeninha” precisa de banho com carinho e amor, como estava repetindo o que já havia dito talvez estivesse reordenando os seus pensamentos acerca do seu dito.

Dar banho em “L” pareceu ter sido difícil, talvez porque que seu corpo era hipotônico, o que dificultou bastante o controle e o manejo do cuidado no banho. Não foi só o fato do corpo ser hipotônico, que tornou o banho difícil, mas porque ela também era “pequeninha” e uma maneira de banhar o bebê era dando carinho e amor. O banho para de um bebê prematuro tem que ser dado com cautela. “Sal” atribuiu um significado a essa atitude, mostrada em sua polissemia ao pronunciar a palavra “banho” tantas vezes, dando a ele um novo sentido “um banho com amor e carinho”.

Para superar os enfrentamentos, as jovens mães, seus familiares, seus cuidadores de suporte e suas ACS anunciaram o subtema: **As habilidades do cuidador frente ao bebê diferente: um ensaio de seguimento domiciliar.**



Esse subtema está representado nos enunciados das jovens mães “K”, “S” e seus familiares “MS” (avó) e “Sid” (cunhado) respectivamente. Trouxemos primeiramente a fala de “MS” ao enunciar essa estratégia de cuidar.

*A avó retomou a fala:*

“MS” (avó): \_ A gente sempre ficava observando ele!

“K”(jovem mãe): \_ Logo que ele chegou, nem foi para o berço, foi logo para a banheira. Dormiu na banheira muito tempo!

*A avó continuou sua fala:*

“MS” (avó): \_ Era porque era o único lugar mais seguro!

“K” inquietou-se no sofá e quis falar sobre o assunto:

“K.” (jovem mãe): \_ É que a gente tinha medo de colocar no berço [...] No caso era muito grande!

*A avó cruzou as pernas e interrompeu a filha para falar:*

“MS” (avó): \_ A gente tinha medo dele sufocar!

Os desafios enfrentados por “I” no domicílio fizeram emergir a vigilância como uma estratégia de seguimento domiciliar conduzida pela jovem mãe e sua família. Eles desenvolveram uma maneira muito própria de cuidado relacionado com a temperatura corporal, o vestuário, a organização postural do bebê na banheira improvisada como berço para dormir. Também, empreenderam medidas para estimular o desenvolvimento do bebê quando o levaram ao chão, pondo-o sob um tapete ou uma coberta a fim de que se exercitasse. A banheira, por sua dimensão física se tornou o berço improvisado. Através das observações dos cuidados que “I” recebeu na UTIN, como o uso de “rolinhos” que o mantinham organizado e aquecido, ressignificaram provavelmente a forma como eles podiam adaptar os cuidados no domicílio.

O cunhado de “S” (“Sid”) também nos mostrou suas habilidades no cuidado com o bebê no seguimento do domicílio, apesar de ser um dos poucos representantes masculinos que participaram das dinâmicas. “Sid” traz para o espaço dialógico da dinâmica um saber constituído pela vivência do observar. Ele apresentou em uma constituição polissêmica as diversas formas de se “organizar” o cuidado do bebê no domicílio.

Brígida: \_\_Entendi! Quem mais gostaria de falar?

“Sid” (cunhado): \_\_ O que é mesmo para explicar?

Brígida: \_\_ Quais foram os desafios que a família enfrentou com o bebê prematuro no domicílio para cuidar dele?

“Sid” (cunhado): \_\_Na raiz eu botei, organização [...] Quer dizer [...] as coisas separadas, né?!? Tem que ser separadas. As toalhas, as colchas, tudo “limpinho”, então! Na raiz como principais. Organização no remédio que deve usar no seu dia a dia, pomadas, os remédios que devem ser tomados na hora certa, então essa parte principal. Na forma de pegar (a criança)[...] De tratar de conversar perto da criança [...] É [...] Ter paciência. Ih! Lá em cima (*onde está desenhado*) do fruto, pus alimentação. (*As crianças prematuras*) [...] São diferentes de uma criança madura, são mais frágeis [...] (*tem que ter*) bastante cuidado, mas (*ainda*) com medicação do (*prescrita pelo*) médico, procurar informação (*estar*) mais informado (*sobre a*) criança prematura e praticar pelo que foi informado a ela (*cuidadora*). Foi a forma que eu botei.

Além da polissemia, a metáfora da raiz da árvore se constituiu como a base para compreender a expressão “organização”. Ela assumiu diferentes formas e sentidos no cuidado prestado ao bebê prematuro no domicílio. Para ele, organizar o material era a expressão de cuidar do bebê, de separar e mantê-lo higienizado. A organização também estava relacionada à arrumação dos materiais de uso exclusivo da criança e eram atribuídas como atividades importantes a serem feitas, por essa razão as registrou na raiz.

“Sid” então estabeleceu duas ações cuidativas fundamentais (*por isso registrou na raiz*): a primeira reúne todos os medicamentos em um só lugar e a segunda separa os medicamentos certos a serem administrados na hora certa. Depois ele menciona que a organização é saber como levá-la ao colo, de tratar a criança, de se conversar próximo a ela, ter paciência e seguir as recomendações médicas. A organização tem muitas faces, pois ora ela serve para indicar a ordenação de materiais, como as toalhas, as colchas e ambiente limpo; ora ele usa a organização de forma a se ter responsabilidade quanto ao horário e quanto aos tipos de remédios.

Na superação dos desafios de se cuidar do bebê prematuro, os cuidadores viveram muitos enfrentamentos na organização do ambiente de cuidado, na implementação da terapia medicamentosa, na preparação para levar ao colo, no seguimento das recomendações dos profissionais, na estimulação ao desenvolvimento, no controle do crescimento e desenvolvimento e da vacinação, assim como na luta para cuidar da alimentação e do controle de peso.

Como “organizar” no sentido de separar os materiais para cuidar do bebê, os medicamentos etc; “organizar” a fim de deixar os medicamentos separados para administrar no horário certo e “a organização” do cuidador para conversar com a criança (*próximo a ela*) tendo a preocupação de promover estimulação essencial e sensorial adequada a um recém – nascido.

Além disso, “a forma de pegar” o bebê para levá-lo ao colo, que deve ser cuidadosa não só pelo fato de ser prematuro, mas porque ele ainda não possui sustentação adequada, com o intuito de não lhe causar danos.

Nos enunciados dos sujeitos, fica evidente que o elo com a instituição de saúde de origem foi fundamental para o crescimento e desenvolvimento do bebê prematuro, daí codifica-se o tema - **o elo da jovem mãe com a instituição de saúde.**

“S” ressaltou os desafios que passou quando a filha nasceu e requereu cuidados médicos, depois retoma os desafios porque ela viveu quando “L” chegou em casa.

“S” (jovem mãe): \_ Quando chegou em casa tive de pegar ela [...] Só! Com o tempo fiquei mais tranqüila! *Parou de falar e pensou um pouco. Depois “S”.* Concluiu: \_ Teve também a ida ao pediatra. *(A vida do bebê seguiu o seu curso)* normal. Tomou as vacinas. Nos primeiros dias a “D” (ASC) trouxe as enfermeiras *(da equipe do Programa de Saúde da Família que atendia a Comunidade)* para ver ela. *Finalizou, dizendo:* \_ Vacina, pediatra.

Manter o seguimento médico, cumprir com o esquema vacinal do bebê prematuro representaram para “S” tarefas muito importantes e já fazia parte das suas funções de mãe zelosa e prestativa. Cada movimento empreendido fez parte do campo de lutas no enfrentamento com a maternidade prematura e a prematuridade do bebê. Sempre pairou sobre sua mente o medo de perder a filha, e sua força para superar esse medo era buscada em Deus. O peso, o pegar no colo, foram mais marcantes, por isso estava latente em sua memória como situações que teve de enfrentar e vencer sozinha e outras vezes com a família, colegas e “G” quando se referia ao carinho de todos.

As particularidades que envolvem as condições de sobrevivência na UTIN e de vida no ambiente do domicílio tornam o bebê prematuro um portador de necessidades especiais de saúde, devendo ser acompanhada no ambulatório de seguimento (*follow-up*) até os sete anos de idade como é recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

A jovem mãe “K” também enunciou a sua trajetória na busca da instituição de saúde para manter o seguimento do bebê prematuro, denominado por ela de tratamento.

“K” *interrompe a mãe agora.*

“K”. (jovem mãe): \_\_ Ele fez tratamento há quase um ano!

“MS” (avó): \_\_ Mas eu acho que era devido [...] *(parou para pensar um pouco)* Bom, quando a gente começou a colocar ele no chão. Forrava o tapete, uma coberta, ele desenvolveu mais rápido!

Colocar o bebê no chão foi uma boa estratégia para estimular “I”, dessa forma fez com que o menino viesse a se desenvolver mais rápido. “MS” esteve preocupada com o peso do neto ao nascer e por isso, em casa, tentou fazer com que o “pulmão”, que era frágil, ficasse mais forte alimentando o neto com farinha de fubá na forma de angu. O ato de “dar angu” foi uma estratégia para se alcançar um ganho de peso mais rápido, com o propósito de fortalecer a sua saúde e superar sua fragilidade para adoecer. “MS” se lembrou que o neto tinha passado por um longo tratamento na terapia intensiva neonatal e que continuava em tratamento no seguimento ambulatorial. Como tinha nascido “pequenininho”, com a imaturidade pulmonar (“pulmão frágil”), devido a sua fragilidade esta foi tomada por vários significados, que trouxe a sua fala, traços polissêmicos representado pela saúde frágil do bebê que podia “pegar até uma pneumonia”, “uma tuberculose”, ou outra doença qualquer.

“MS” também mencionou sua preocupação quanto ao neto ter demorado a andar, por essa razão o deixou no chão, que o ajudou a se desenvolver mais rápido.

*Prosseguiu “MS” em sua fala*

“MS” (avó): \_\_ Ele falou primeiro do que andou! E é mais elétrico do que outra criança! Ele é elétrico demais!

A preocupação de “MS”, quanto a demora do neto em andar, podia ter uma explicação cronológica pois, como ele nasceu prematuro, provavelmente os cinco meses referidos pela avó não correspondiam aos mesmos cinco meses de uma criança nascida a termo. Enquanto uma criança que nasce a termo engatinha em média aos sete a nove meses de idade, o mesmo não acontece com aqueles que nascem prematuros (fato observado na convivência com o bebê prematuro, seu neto). O que “MS” desconhecia era que, por ter nascido prematuro (“I”), teve sua idade corrigida (idade calculada até os 18 meses de idade), provavelmente não estava preparado para engatinhar. Por essa razão o seu suposto atraso de desenvolvimento relacionado a algumas atividades não correspondiam ao esperado pela família. Nisso residia a importância do seguimento médico no ambulatório para que fosse detectado qualquer comprometimento em seu desenvolvimento o mais cedo possível.

O bebê prematuro também teve de tomar medicamentos para resolver problemas de saúde e, por essa razão, o cuidado medicamentoso se configurou como mais um desafio que a jovem mãe “K” e “MS” apresentaram nos enunciados descritos.

Brígida: \_\_ Entendo! Mas houve mais alguma dificuldade que “I.” tenha passado?

“K”. (jovem mãe): \_\_ Ele teve refluxo! Então, tudo que ele comia, logo no começo ele golfava, ele teve que tomar “digestil”, tudo (*que*) ele botava p`ra dentro, ele botava p`ra fora, aí!!!!

*Mais uma vez “MS” interrompeu a fala da filha:*

“MS” (avó): \_\_ Eu ainda não estava dando angu para ele não! (risos)

“K”. (jovem mãe): \_\_ Aí [...] a gente teve que levar ao médico, aí [...] Ele teve de tomar digestil! Ah! Ele também teve asma, logo no começo, agora graças a Deus, ele não tem mais nada, bronquite, nada! Mas no começo ele teve asma. Mas foi lá mesmo no hospital

“I” tinha refluxo, pois parte do que o menino ingeria era colocado para fora. A jovem mãe e avó de “I” expressaram os desafios que tiveram de superar diante da imaturidade e saúde frágil do menino. O medicamento teve importância no cuidado dispensado à saúde e sua ligação com o serviço de saúde descrito no enunciado da jovem mãe “K”, mesmo sem lembrar que medicamento era, certamente este fora importante na manutenção da saúde de seu filho.

A mãe de “I” interrompeu a sua mãe, pois queria falar sobre algum remédio que lembrará.

“K.” (jovem mãe): \_\_ Uma vez por semana. (*acariciou os cabelos do filho agachado ao seu lado*) que ele tinha que ir lá tomar um tal de sulfato de potássio?!? Não lembro não [...] (e mostrava o braço de “I.” a fim de mostrar a onde era aplicado o medicamento).

Brígida: \_\_ Era injetável? (*perguntei curiosa*)

“K” (jovem mãe): \_\_ Toda semana. Aí ele tinha que voltar!”.

Brígida: \_\_ A senhora estava explicando? (retomei a “MS”, *enquanto organizava meus pensamentos quanto a que remédio ela estaria se referindo*) Com poucos [...] (*dei uma pausa*) leia para mim!

Não obstante, os bebês prematuros que saem do hospital fazem uso de algum medicamento como: polivitamínicos, sulfato ferroso, neurolépticos, medicações anti-refluxo e outros (CABRAL, MORAES e SANTOS, 2003). O prematuro requer cuidados especiais de saúde, e o (a) cuidador (a), ao dar os medicamentos, pode acidentalmente incorrer em superdosagem e erros de administração. A esse enfrentamento denominamos o **desafio da medicação**.

A família de “K” continuou em sua narrativa discorrendo sobre o tema, tendo inclusive, demonstrado o silenciamento da avó do menino quanto às perguntas da profissional de saúde sobre o aumento de peso do bebê ter sido tão rápido em tão pouco tempo, enunciado no **subtema** ao terceiro tema: **a batalha do peso versus a balança: uma questão de sobrevivência**.

M.S “(avó) \_\_ Sopinha?! Ele começou a tomar com 5 meses, ele já estava no angu, ó !!!!” (*estava os dedos e sorrindo*)

Brígida: \_\_ A senhora disse que começou a dar angu com que idade?

“M.S” (avó): \_\_ Com quatro meses, né?! Ele ia fazer [...] Foi quando ele chegou do hospital, duas semanas depois comecei, já comecei!

Parece que “I” recebeu *angu assim que saiu do hospital com duas semanas de alta*.

“MS”.(avó): \_\_ Na segunda consulta dele no posto seis [...] Para fazer revisão da nutrição o Dr. ..(*disse o nome do médico*), [...] Dr<sup>a</sup>.[...] (*depois disse outro nome, na verdade não lembrava o nome certo*). A Dr<sup>a</sup>. me disse: “Essa criança tá pegando peso muito rápido, vó! O que você está fazendo com essa criança?” Eu respondia: “Nada!” (*riu*)

“MS” (avó): \_\_ Ele só demorou um pouquinho a engatinhar! Mas era devido ao tratamento, na [...] (*falou o nome da instituição*).

“MS” sempre se referiu ao peso do neto como seu maior desafio para cuidar. “I” sobreviveu às adversidades da UTIN, a sua prematuridade e sua fragilidade. A avó “MS” acreditou que a melhor forma em assegurar a sobrevivência do neto seria adicionar à alimentação do bebê o fubá (angu). Com isso, ele ganhou peso rapidamente e se tornou forte, o que evitou sua reinternação pela perda de peso, só que o seu cuidado contrariou certamente as recomendações médicas, o que ela expressou através de seu ocultamento constitutivo em seu enunciado. Ela a ignorou e silenciou, limitando-se a dar uma resposta vaga. Sua atitude em se expressar de maneira tão simples nos remeteu ao tema do silêncio (FREIRE, 2001)

porque, ao ignorar o seu tema trágico, “MS” contrariou as recomendações da médica em detrimento do que julgou ser o mais importante para a sobrevivência do neto, e não estabeleceu um diálogo verdadeiro com a profissional de saúde.

Um forte elo entre “S” e a instituição de saúde também se atribuiu ao fato de o bebê prematuro possuir grande labilidade no ganho e na perda do peso, que a jovem mãe expressou no depoimento abaixo:

*Com “S” o peso também se estabelecia como um fator de elo com a instituição de saúde.*

Brígida: \_\_ Algo mais te preocupou?

“S”. (jovem mãe) \_\_ Do peso [...] Quando ela nasceu [...] Porque quando ela nasceu perdeu bastante peso, geralmente, toda criança quando nasce perde peso [...] Depois ela ganhou peso...

Em sua convivência comunitária, “S” sabia que os bebês recém-nascidos perdiam peso como um processo normal da vida. A perda ponderal de um bebê a termo pode chegar até 10% do seu peso, na primeira semana de vida, mas a perda de peso, no caso de um bebê prematuro, podia significar a sua reinternação imediata.

A oscilação no ganho ponderal era outra preocupação para a jovem, pois se trata de um indicador objetivo do bem-estar do bebê. Essa relação foi mediada com os profissionais de saúde, desde o nascimento do bebê e em todo o período de seguimento ambulatorial. A busca cotidiana pela manutenção do peso ideal traz como contrapartida o *desafio da alimentação*.

Outra marca discursiva importante apresentada pelos sujeitos da pesquisa foi elucidado através do interdiscurso do cuidado apreendido com os profissionais de saúde associando-o ao cuidado familiar, codificado no tema: a **negociação mediada pelo saber técnico e o saber do senso comum**.

“V” (ACS): \_\_ Eu não participei [...] Mas eu botei na raiz como fundamental, era o leite materno... Vi só o lado do bebê...

*Prossigui “V” \_\_Depois eu botei [...] Muita clama, porque a família tem que ter muita clama, porque foi como ela acabou de falar... Muita calma, muito calor humano para criar e passar coisa boa... Pois se ela estive estressada não ia ter leite, não ia ter nada, né?!? Ih! Outra coisa, por ser prematuro, acho que aí, uma limpeza, onde o bebê tem que ter acho que é fundamental, esterilizado!*

A raiz era fundamental à sobrevivência da árvore e da mesma forma o leite materno era indispensável a manutenção da existência e algo necessário ao crescimento do bebê prematuro. Para “V” (ACS), é preciso que a família tenha paciência, mantenha a calma e transmita calor humano. Esses sentimentos precisaram ser mediados como aspectos positivos para o bebê, com isso ele conseguiria ganhar peso e ter saúde. Na expressão polissêmica de seu discurso, “V” (ACS) expressou através de muitos adjetivos o cuidado prestado ao bebê prematuro no domicílio: cuidado calmo, cuidado paciente, cuidado caloroso.

Todos atributos qualitativos, idealmente necessários para que a jovem mãe não se desgastasse e pudesse oferecer o leite materno ao bebê.

“V” também se preocupou com a limpeza e a higiene. Uma vez que atribuiu a eles um valor indispensável para o cuidado a um bebê prematuro. Em sua concepção, os materiais utilizados no cuidado precisavam ser esterilizados para que pudessem ser usados na criança.

O estresse também foi uma das suas preocupações, pois ela sabia que ele é fonte de inibição para a produção do leite materno. Seus conhecimentos adquiridos nos treinamentos, nas experiências e vivências, o estresse provoca redução na produção de leite. Conseqüentemente interfere no crescimento e desenvolvimento do bebê prematuro. A negociação ainda se processou no enunciado da jovem mãe e sua família ao mencionar a importância da limpeza para a prevenção da saúde do bebê prematuro no domicílio.

“K.” (jovem mãe): \_\_\_Lavar as mãos [...] Qualquer pessoa que chegava tinha que lavar as mãos. Cortina, tapete, tirava tudo!

“M.S.” (avó): \_\_ Então [...] (*interrompeu a fala de “K”*) tudo na minha casa que eu podia evitar [...] Evitava. Quando chegava alguém lá em casa, eu até ficava sem graça de falar [...] (*começou a rir e escondeu o rosto*), por favor, não fique sujo! Cheio de bactéria!

A limpeza e higienização foram enunciadas pela jovem e sua mãe que certamente reproduziam a fala social dos profissionais de saúde, que ela tinha internalizado e se constituiu em seu interdiscurso, às vezes por polissemia, pelos múltiplos sentidos a esses cuidados.

“K” retomou a fala.

“K.” (jovem mãe): \_\_\_ Quanto ao leite materno, o tempo que ele ficou lá, ele não tomava o meu, tomou de outras mães, o tal do banco de leite! No copinho e na sonda!

Brígida: \_\_ Você foi “ensinada” a dar leite pela sonda?

“K.” (jovem mãe): \_\_\_ Fui, eu mesma fazia! (*fez um gesto com as mãos e a face de muito orgulhosa por sua participação no cuidado ao filho na UTIN*)

O bebê prematuro da jovem mãe não pôde ser amamentado, por isso ela recorreu a amas de leite na comunidade (já discutido no capítulo I) e do banco de leite. A sua convivência na UTIN fomentou um aprendizado de que a alimentação do bebê pode ser feita por sonda gástrica ou por copo medida. Esse último foi um recurso que ela aprendeu e empregou na alimentação do bebê, advento que lhe dava prazer e ao mesmo tempo a deixava orgulhosa. O enunciado de “K” constituído de paráfrases denota como a jovem mãe apropriou-se do saber da UTIN na tarefa de alimentar seu filho no domicílio.

*A mãe de “K” a interrompeu.*

“M.S” (avó): \_\_ Eu não deixava. Vinha da rua suado [...] Vai lavar as mãos! Era uma coisa frágil... Eu tinha medo porque o médico falava que o pulmão estava “fraquinho”, que não sei o quê [...] Eu tinha (*medo*) de uma pneumonia, eu tinha medo de uma tuberculose, um troço assim de última hora que ele podia sentir! Eu falei! Não! Eu vou fazer ele se manter de outros meios [...] Vou começar a fortalecer essa criança!

Quando alguém vinha da rua suado tinha que lavar as mãos, porque, como “T” era frágil, e tinha o “pulmão fraquinho”, sua avó precisou proteger o neto entre outras coisas, e dessa maneira evitava que ele adoecesse e o mantinha forte. “MS” internalizou em sua fala o dito dos profissionais de saúde quanto aos cuidados que tinha de prestar ao neto no domicílio. Esses cuidados, segundo ela, foram fundamentais para assegurar a sobrevivência do bebê, e foi ressignificado através do interdiscurso produzido pela avó de “T” em seu enunciado.

A análise do material buscou a apreensão do discurso enunciado pelos sujeitos e os seus modos de ressignificação, empregando efeitos metafóricos, polissêmicos e/ ou processos parafrásticos. Era possível identificar também nas falas produzidas por “K”, “MS” e “V” seu interdiscurso relacionado ao conhecimento técnico e empírico que produziram características marcantes para essa família no seguimento domiciliar e no atendimento às necessidades do bebê prematuro.

*Virei-me neste momento para a avó e perguntei:*

Brígida: \_\_ A senhora lembra de mais alguma dificuldade no início, quando ele veio para casa?

“MS” (avó de “T”): \_\_ No começo, para mim era só a comida!

*A mãe de “I” lembrou de algo e quis falar:*

“K”.(jovem mãe): \_\_ Ele comia e dormia

“K” e sua família mencionaram o quanto foi desafiador ao se depararem com uma “sementinha” que precisava ser cultivada para crescer, por ter nascido “pequeninho” (de seis meses) e que cabia na palma de sua mão. Com tantos desafios parecia que não só ele não sobreviveria por ser tão frágil. Nesse resgate de suas memórias, “K” e “MS” percorreram sobre o nascimento de “T”, sua estada na UTIN e sua vinda para casa que também representou mais um conjunto de desafios.

Os cuidadores de ambas as famílias utilizaram ferramentas metafóricas que estabeleceram o modo como elas significavam o cuidado ao bebê prematuro no domicílio. As “metáforas” produzidas e a superposição na transferência de seus dizeres, fazendo com que elementos significantes se confrontassem e se revestissem de sentido.

Essas diferentes denominações pertencem ao universo cultural vocabular dos sujeitos da pesquisa e constituem sentido apenas quando expressos nos diálogos que se travaram no interior da dinâmica e emergiram do saber de experiência feita.



Outro aspecto relevante nos discursos das jovens mães foi sua fé em Deus e o seu apelo religioso no momento mais difícil de suas vidas levando à codificação do tema: **o discurso religioso frente ao desafio.**

“S” (jovem mãe): [...] Eu e minha filha cremos em Deus, porque se não fosse Deus, eu acho [...] Não estaria aqui com a gente participando dessa pesquisa e aí escrevi atenção, como ela era prematura, ela precisava de atenção de toda família, dos colegas, da “G.” [...] Todo mundo que gosta. Só isso!

Para “S”, a árvore, mais precisamente a raiz, representou seu sofrimento, seu medo e seu temor pela vida da filha enquanto esteve na UTIN, em sua memória ela se lembrou do quanto foi difícil superar o desafio da prematuridade do bebê. A fé em Deus foi a estratégia de superação desse desafio. Quanto ao cuidado com bebê prematuro, ela contou também com a atenção da família, dos colegas, enfim de todos que faziam parte do seu convívio social. “S”, ao se reportar aos desafios que viveu com “L”, enfrentou o receio de perder a filha, mas foi preciso confiar e acreditar no suporte que recebeu de todos e na ajuda de Deus.

A jovem mãe “K” também apresenta fragmentos de discursos que mostram o quanto foi difícil cuidar de seu bebê prematuro, pela analogia e a metáfora representada pela raiz da árvore. A jovem e sua família expressaram também sua forte ligação espiritual e sua demonstração de fé em Deus.

“K” (jovem mãe): \_\_ Eu botei na raiz! Primeira coisa acreditava em Deus [...] Ter muita paciência, dedicação e perseverança [...] Porque se a gente não tivesse isso acima de tudo... Acreditar em Deus, nada, entendeu?!? Ele não estaria aqui hoje, entendeu?!? Isso foi à base de tudo.

“K.” (jovem mãe): \_\_ Eu botei no tronco [...] Que era muita dificuldade que a gente fica triste quando a gente chegava no hospital. O peso voltava tudo de novo aí a doutora falava que se voltasse a cair, vai ter que ficar internado de novo. Aquilo me abalava...(*suspirou*), mas eu tinha confiança em Deus e aí então voltava para casa de novo, cuidava dele direitinho [...] Foi assim que a gente conseguiu!

“K” (jovem mãe): \_\_ Eu botei na copa que a cada dia que passava [...] Deus estava do nosso lado, porque cada dia mais ele estava com saúde!

A jovem mãe explica que Deus era a raiz que suportava a dor e o sofrimento inerente ao enfrentamento da prematuridade, do limiar entre a vida e a morte que dela derivava, a gravidez de risco que a jovem mãe viveu. Era necessário ter paciência, dedicação e perseverança. Com todos esses atributos juntos acreditava ser possível superar as dificuldades para cuidar de “T”.

“K” registrou a palavra chave “Deus” na raiz. A paciência, a dedicação e a perseverança que a ajudaram na superação do desafio de sobrevivência do filho, por isso,

segundo a jovem mãe, acima de tudo e na raiz de sua existência está a crença em Deus, e sua generosidade de conceder a vida. Os caminhos percorridos por “K” a levaram, através da analogia com a árvore do conhecimento, a representar sua situação problema marcada por processos metafóricos em seu discurso.

No tronco, estava a balança e a perda de peso. As suas dificuldades experienciadas com “T”, que o retorno para casa requeria vigilância intensiva com o peso, que ora subia e ora abaixava.

Nesse caminho, tanto a mãe adolescente quanto sua família buscaram nas consultas médicas (follow-up) o melhor que podiam ouvir. E quando em sua fala, ao mencionar a observação feita pela “doutora” em tom de alerta, quanto à perda de peso de “T”, pois caso continuasse a perder peso, seria preciso reinternar. Para “K”, isso a abalava muito, por isso a preocupação em “cuidar do filho direitinho”. Na superação dos desafios, os caminhos percorridos configuravam-se no equilíbrio do peso, a busca pela confiança em Deus e que mereceu destaque na copa da árvore do conhecimento.

Contudo, pareceu-me ainda que “K”, além de utilizar-se de efeitos metafóricos, pronunciou em sua fala a imagem “Deus” como esteio de conforto. A jovem mãe expressou em seu discurso espiritualista o grau de importância que atribuía a Deus ao longo de todo seu processo existencial, pois ele esteve ao seu lado e contribuiu para que conseguisse superar as dificuldades diante da labilidade do peso de “T” e fortaleceu o filho a cada dia, fazendo-o ter cada vez mais saúde.

Configurou-se então a síntese dos temas e subtemas nas falas de “S” e “K” enunciadas no espaço da dinâmica da árvore do conhecimento. Nela foi possível perceber a admiração dos desafios do cuidado ao bebê prematuro e dos enfrentamentos experimentados pelas jovens mães. A superação de ambos foi mediada pelos serviços de saúde (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade Básica de Saúde), pelo compartilhamento do cuidar com a família e os cuidadores de suporte, pela fé em Deus e pelo apoio da comunidade.

### **A superação do desafio junto ao bebê prematuro: a síntese nos enunciado das jovens mães “K” e “S”**

“K” (jovem mãe): \_\_ Ah! Eu mudei, botei na raiz, porque cada dia que passava, foi no começo [...] Cada dia que passava, eu tinha mais força de vontade para cuidar do meu filho e botei na copa, porque depois disso tudo, continuei acreditando em Deus! Tendo muita paciência e dedicação com ele.

“K” reorganiza suas idéias, destacando que a raiz da árvore representa o começo de tudo e que, na medida em que o tempo passou (*a cada dia*) e a recuperação do bebê se apresentava mais evidente, ela ia adquirindo mais força para cuidar dele. Foi por sua confiança e crença em Deus que ela conseguiu superar os desafios da sobrevivência. Isso requereu muita fé, paciência, dedicação, perseverança e confiança em Deus.

A enunciação da jovem mãe “S”, no espaço da dinâmica árvore do conhecimento acrescentou outra faceta à síntese dos temas e subtemas, a dimensão da afetividade como força motriz para a superação do desafio de cuidar do bebê prematuro:

Brígida: \_\_Tudo bem [...] Então “S” o que você escreveu? E onde você colocou?

“S” (jovem mãe) \_ Escrevi carinho, porque ela era muito pequenininha, porque precisava de muito carinho, não só de mim, mas da família toda!

Na compreensão de “S” a criança pequenininha precisa de carinho. Mas não um simples carinho, mas o carinho que vai além do cuidado da família, do calor e do amor fraternal, do cuidado familiar, por essa razão ela o enfrentou com a ajuda de todos. Em sua enunciação os fragmentos dialógicos foram sua maneira de cuidar de um bebê prematuro que tão pequenininho precisou de adjetivos tão significativos que Boff (2001) e Waldow (1998) já haviam apresentado como um cuidar diferenciado. No espaço dialógico da dinâmica, ela acresce a dimensão social a esse cuidar significativo para superar seus desafios no cuidado com sua filha no domicílio. Em sua compreensão, o bebê prematuro, por ser muito pequeno, requer muito carinho. Não um carinho só de mãe, mas um carinho também da família e da comunidade. A expressão carinho assume o sentido de atenção cuidadosa, zelo e desvelo em decorrência de sua fragilidade orgânica e vulnerabilidade social. Nesse momento ela recodifica os temas já discutidos, acrescentando a dimensão familiar e comunal do cuidado à dimensão social desse cuidar, por ter percebido a incompletude do que foi enunciado antes.

## O Anel

Havia, certa vez, um rei sábio e bom, que já se encontrava no fim de sua vida. Certo dia, pressentindo a chegada da morte, chamou seu único filho, que o sucederia no trono, tirou do dedo um anel e deu a ele, dizendo:

\_\_ Meu filho, quando fores rei, leva sempre contigo este anel. Nele há uma inscrição. Quando estiveres vivendo situações extremas de glória ou de dor, tira-o e lê o que há nele. E o rei morreu, e seu filho passou a reinar em seu lugar, sempre usando o anel que o pai lhe deixara. Passando algum tempo, surgiram conflitos com um reino vizinho, que acabaram culminando numa terrível guerra.

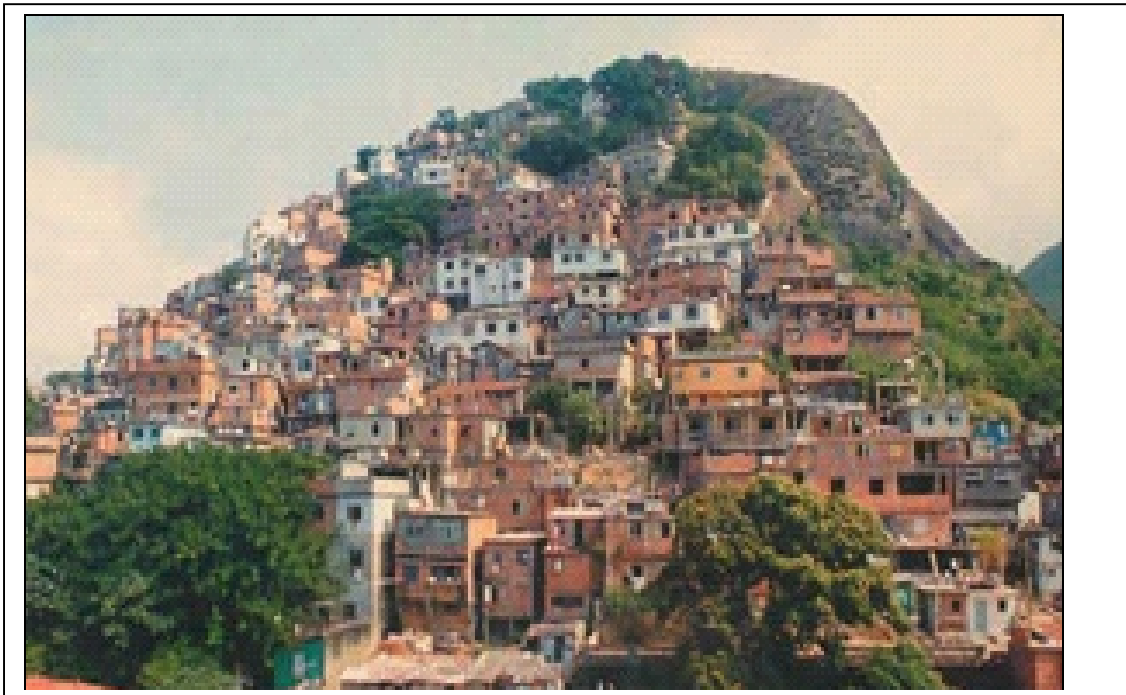
O jovem rei, à frente do seu exército, partiu para enfrentar o inimigo. No auge da batalha, seus companheiros lutavam bravamente: mortos, feridos, tristeza, dor, o rei lembra-se do anel; tira-o e lê a inscrição:

“\_\_ Isto também passará!”.

E ele continua a luta. Perde batalhas, vence outras tantas; mas, ao final, sai vitorioso. Retorna, então, ao seu reino e, coberto de glória, entra em triunfo na cidade. O povo o aclama. Neste momento, ele se lembra do seu velho e sábio pai. Tira o anel e lê:

“\_\_ Isso também, passará!”.

(LEGRAND. A).



**Foto 4- Favela da Mangueira – Morro do Telégrafo nos dias atuais.**  
**[hptt: // telemundo.ru/.../ 2005\\_02/art\\_favela.htm](http://telemundo.ru/.../2005_02/art_favela.htm)**

### **Capítulo III - Considerações Finais**

#### **Os desafios e os enfrentamentos no cuidado ao bebê prematuro: ressignificando as experiências das jovens mães**

Neste capítulo, apresento uma síntese dos principais achados de modo a responder as questões que nortearam a pesquisa junto às jovens mães, suas famílias e os cuidadores de suporte. O empreendimento do cuidado ao bebê prematuro impôs muitos desafios para o grupo social, que se iniciou com o nascimento do bebê prematuro, seguiu com a permanência na terapia intensiva neonatal e no acompanhamento do bebê quando de sua volta para casa. Identificou-se que esses desafios se modificaram na medida em que houve uma mudança de cenário de convivência dessas jovens com seus bebês: terapia intensiva neonatal e domicílio.

Enquanto na terapia intensiva a luta pela sobrevivência foi à tônica central desse desafio, no domicílio, a manutenção da existência ocupou o lugar central, em virtude da maternidade prematura vivido pela jovem mãe e as condições materiais adversas que cercavam seu grupo social. A volta para casa delineou um novo campo de lutas expresso pelo ganho de peso, pelas adaptações do cuidado domiciliar frente à prematuridade dos bebês, pelos ajustes na alimentação e a vigilância contínua. Pautou-se nos saberes aprendidos na convivência com os profissionais na terapia intensiva neonatal, com as orientações profissionais do programa de acompanhamento do bebê e das visitas da equipe de saúde da Unidade Básica existente na comunidade.

Além disso, a força para enfrentar as adversidades veio do compartilhamento do cuidado com a família e cuidadores de suporte na comunidade. A solidariedade venceu o medo e ofereceu as bases para a superação das adversidades; e da fé em Deus ressurgiu a esperança por condições existenciais mais dignas.

Mesmo diante das adversidades e das turbulências provocadas pelos conflitos entre os “líderes locais” e a força policial, ambos vistos pelo grupo social como “invasores culturais”, foram capazes de sobreviver e cuidar do bebê prematuro. Os combates que se travavam nas vielas e becos por onde as jovens transitavam não as impediam de fazer compras, visitar outros familiares e vizinhos, descerem o morro na busca de atendimento na UBS e para levar seus filhos ao ambulatório de seguimento. No percurso dessa caminhada, ainda se deparavam com os invasores culturais representados pela força policial e pela dominação das lideranças do tráfico local.

As práticas de cuidado com o bebê prematuro no domicílio, que representaram desafios para as jovens mães e suas famílias após a alta da terapia intensiva neonatal iniciou-

se com a volta para casa. A volta assumiu um significado particular para cada jovem mãe participante da pesquisa e desvelou suas dificuldades com a amamentação do bebê, a manutenção da saúde, o provimento e administração dos medicamentos prescritos, a adaptação do ambiente para acolhimento de ambos. Além disso, a jovem mãe teve de enfrentar o tamanho diminuto do corpo do bebê para banhá-lo, levá-lo ao colo, lidar com as alterações no ciclo de sono e vigília do bebê.

Esses múltiplos desafios, com os quais essas jovens se defrontaram, foram assim denominados: amamentação, comportamental, alimentação mista, alimentação artificial e desmame. O enfrentamento a esses desafios requereu a incorporação de novas práticas de cuidado fundamentadas no aprendizado e nas relações que se estabeleceram na terapia intensiva neonatal e no ambiente do domicílio. A resolução das situações existenciais que revelaram esses desafios foi mediada pela preocupação, pelo sofrimento da jovem mãe e sua família, pela luta com a balança e pela mudança de vida do grupo familiar. A presença de um bebê prematuro na família requereu noites mal dormidas, muita paciência, carinho, vigilância e zelo.

Acredito que é no encontro dialógico da jovem mãe com sua família e os cuidadores de suporte que se deu a educação dialógica, e teve como propósito a tomada de consciência de sua realidade, desmitologizando e desmistificando esses desafios. Percebo, contudo, ser ainda incipiente as tentativas de aproveitar as informações mediadas durante o período de internação e no pós-alta hospitalar junto às jovens e suas famílias. Os inúmeros questionamentos sobre o cuidar, o futuro, o crescer e o desenvolver de seus filhos no domicílio permaneceram sem respostas e não se esgotaram no espaço desta pesquisa.

Os cuidadores de suporte, os familiares e a jovem mãe destacaram ainda outros desafios relacionados ao cuidado corporal como o banho, a troca das fraldas e a seleção do vestuário adequado para manutenção da temperatura corporal, devido à fragilidade do corpo hipotônico, a pequenez de suas dimensões prematuras e a instabilidade na manutenção da temperatura corporal. Para superar esses desafios, a família adicionou amor e carinho em cada procedimento de intervenção implementado.

Associado ao amor o carinho, todos à volta da jovem mãe e do bebê prematuro desenvolveram um cuidado compartilhado movido pela solidariedade e o compromisso com a proteção de ambos, por serem vulneráveis aos agravos do meio. Tanto a mãe como o bebê precisou do suporte oriundo do cuidado familiar e comunal, revelando um espírito de solidariedade e compaixão como essências do cuidado humano.

O cuidado compartilhado, familiar e comunal foi mediado entre os membros da família, vizinhos e agentes comunitárias de saúde. A participação das avós, bisavós, tias, tios, cunhados dos bebês prematuros e vizinhos desvelou um cuidado familiar para além do modelo tradicional, mas com identidade para um cuidado estendido. Tal como em qualquer comunidade, esse grupo social residente na Mangueira evidenciou que o cuidado é uma tarefa essencialmente feminina e que cabe aos homens o sustento e a proteção da família, agindo como guardiões da família.

A participação da agente comunitária de saúde nas visitas domiciliares que aconteciam uma vez por mês significou a superação do desafio para manter a saúde dos bebês prematuros, especialmente com a monitoração do peso. Para as jovens mães, a presença da enfermeira da Unidade Básica de Saúde (UBS) e dos Agentes Comunitários em sua casa trazia segurança, respondia dúvidas e minimizava problemas que os bebês apresentavam no domicílio. Como a visita desses profissionais ocorria mensalmente, por vezes, quando diante de problemas de saúde que os bebês apresentavam de forma inesperada, a jovem mãe buscava alternativas para resolvê-los. Dessa forma, usavam prescrições médicas destinadas a outras crianças com problemas semelhantes, desciam o morro em busca de ajuda na UBS ou em outro serviço de saúde, e/ou então recorriam aos recursos disponíveis na própria comunidade (ama de leite, religiosidade etc).

A maternidade prematura levou ao amadurecimento emocional das jovens mães, principalmente porque passou a atender primeiro às demandas de cuidados do bebê, tais como banhá-lo, alimentá-lo, levar para vacinar e para a consulta de seguimento, levá-lo ao colo e cuidar de outros filhos. Com tantas tarefas, pouco ou nenhum tempo lhes sobravam para manter sua vida social de antes e/ou freqüentar a Escola. Se as saídas e passeios com os amigos foram interrompidos, e por elas ressignificado como uma atitude responsável e de maturidade, em contrapartida, a evasão escolar se revelou como um não compromisso das jovens e suas famílias com a completude da escolarização como um direito inalienável de todos os cidadãos e cidadãs.

A gravidez e a parturição afastaram essas jovens da escola e a maternidade foi o obstáculo para que elas não retornassem. As jovens mães durante o pré-natal receberam uma atenção profissional direcionada apenas para as condições de saúde relacionadas a gestação e ao bebê, pois em nenhum momento são constituídas enunciações que refletem um incentivo para retornar à escola e ao convívio social sem receios ou preconceitos da situação atual. A mediação de informações, relativas a esse direito de cidadania, parece não fazer parte das interações das jovens com os profissionais no pré-natal.

Também houve a situação da prematuridade dos bebês que levou as jovens mães e suas famílias a enfrentarem os desafios relacionados à sobrevivência do bebê prematuro, à adversidade do cenário hostil da UTIN com suas terapêuticas agressivas e à solidão, a expectativa da alta e à realidade do cuidado no domicílio.

A dedicação ao filho e as tarefas próprias da maternidade lhes trouxeram desafios, enfrentamentos, amadurecimento e aprendizagem. Nesse sentido, ter um bebê prematuro contribuiu para a constituição de um saber de experiência modelado pela intervenção de outras pessoas e pela experiência de cuidar do bebê prematuro. Esse saber moldou novas habilidades do cuidador frente ao bebê com necessidades especiais de saúde que requeria seguimento contínuo.

Quanto a esse aspecto a jovem mãe e sua família cumpriram com o seguimento do crescimento e desenvolvimento do bebê prematuro, freqüentando regularmente as consultas agendadas, e assim mantiveram o elo com a instituição de saúde. Consideravam muito importante acompanhar o bebê prematuro para detectar desvios no crescimento e desenvolvimento e problemas relacionados à imaturidade biológica, bem como o uso de medicações para refluxo, por exemplo.

O saber de experiência feita emergiu do cuidado no ambiente domiciliar e nos apontou como a família modificou suas práticas de cuidar para dar conta das necessidades especiais de saúde do bebê. O provimento de espaço adequado à acomodação do bebê exigiu criatividade e organização. A transformação de uma banheira de bebê em berço, o acerto com o tamanho e quantidade de roupa, a organização dos medicamentos e o estabelecimento de uma agenda para administrá-los foram ações cuidativas empreendidas pelos familiares que contou com a participação de todos. A preocupação com a segurança e o bem-estar do bebê fez parte da vida da família estendida, pois a meta era que ele atingisse o crescimento e desenvolvimento saudável.

A expressão “organização” assumiu várias facetas na discussão grupal; ora ele assumia um sentido de adequação do espaço físico, ora de disposição do material no ambiente e ora de sistematização do cuidado. Incluiu nesse último, a maneira de segurar e de conversar próximo ao bebê sem assustá-lo, usando uma voz tranquila.

Nas enunciações apresentadas pelas jovens mães e suas famílias surgiu o discurso da crença em Deus, servindo de suporte na superação da sobrevivência na terapia intensiva neonatal e para garantir a existência do bebê prematuro no domicílio.

A superação do desafio então emergiu da síntese dos enunciados das jovens mães “K” e “S” que trouxeram mais uma vez sua crença em Deus como motivador para a superação dos



desafios. Elas precisaram lutar pela vida dos bebês prematuros com as armas que possuíam, ou seja, sua fé e perseverança, além do amor e do carinho no desenvolvimento do cuidado no domicílio.

Em síntese, pode-se dizer que a jovem mãe assumiu o papel de cuidadora, pois contou com o apoio de sua família e somente uma retornou ao convívio na Escola. Nesse sentido, a maternidade de um bebê prematuro antecipou o afastamento da adolescente da Escola e estendeu a sua ausência por um período superior àquelas que têm um bebê a termo.

No ambiente domiciliar em que essas jovens mães se inseriram, elas compartilharam ações e relações com os familiares e pessoas da comunidade, atravessaram infinitas possibilidades de suprirem as necessidades de aprender a cuidar. Para fortalecer essas jovens mães e suas famílias, é preciso empreender de ações educativas que tenham por base o cuidado concreto. O prematuro entregue à jovem mãe e sua família vem cercado pelo mito da complexidade de cuidados inéditos, que a ele foi dispensado na UTIN, passando à jovem mãe e sua família a impressão de um cuidado mítico que deverá ser prestado no ambiente domiciliar, e essas expectativas podem ser compartilhadas na intervenção dialógica do cuidar. Surge uma nova demanda para a enfermeira como educadora que é o educar para o cuidado centrado na família.

As condições de vida e seus costumes interferiram nas práticas de cuidados das jovens e refletiram a identidade ideológica local. O modo de vida do grupo nos revela um tipo de silêncio fomentado pela necessidade de sobrevivência e de preservação do núcleo familiar e grupo social ao qual pertence. Os nossos encontros sempre foram acompanhados, à distância, por um observador.

A Comunidade da Mangueira é marcada por fortes contrastes sociais, enquanto poucos têm acesso a bens de consumo e serviço, a maioria convive com falta de recursos financeiros que dificultam a aquisição de medicamentos, o comprar roupas e oferecer condições mais dignas para os filhos. As condições da moradia para a maioria delas foram marcadas pela precariedade de suas instalações, cujas construções eram muito frágeis, com falta de segurança, saneamento básico, local de proteção para o bebê prematuro e a família, mas representou dignidade e cidadania.

Outro subsídio buscado pelas jovens mães para a superação de seus desafios no cuidado com o bebê prematuro no domicílio foi o apoio da família (avós, bisavós, tias e vizinhos). Mas que ressignificou acima de tudo a figura da mãe representada pelas jovens como uma personagem central para a família onde nela se constituía o alicerce na superação

do desafio, para algumas jovens a ausência interferiu profundamente em sua vida e no cuidado junto à sua família e aos seus filhos.

As avós e bisavós muitas vezes assumiram uma função materna na vida dessas jovens e seus bebês. A convivência familiar contribuiu para o aprendizado e a troca de experiências no cuidado aos prematuros. Apesar da inexperiência dessas avós e bisavós no cuidado à criança em situação de prematuridade, como elas próprias ressaltaram em suas vivências e experiências com os filhos que nasceram a termo, as dificuldades foram enfrentadas de forma solidária e participativa, formando um legado importante para a constituição das jovens no cuidado de seus bebês no domicílio.

Os desafios iniciaram com o nascimento de um bebê pequeno, frágil e com as demandas de cuidados especiais para sobreviver à condição de imaturidade imposta pela antecipação do término da gestação. Nesse caminho, surge a unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), com toda a sua ambigüidade, pois, ao mesmo tempo em que salva, ela retarda o reencontro de ambos, provoca isolamento, rompe vínculos preestabelecidos. A sobrevivência foi uma luta enfrentada no cotidiano da permanência com o filho na unidade.

A volta para casa foi marcada por novos dizeres reveladores de um saber de experiência feita. Muitas dúvidas permearam o cotidiano desse cuidado no espaço domiciliar e novos desafios demarcaram a existência de toda a família: como cuidar de um bebê prematuro? A jovem e sua família precisaram rever os seus estilos de cuidar e ajustar-se a uma nova realidade, produzindo novas ressignificações a partir do que observou no ambiente dos cuidados profissionais da UTIN. A vigilância constante dos movimentos do bebê, sua respiração, o monitoramento intensivo do ganho de peso foram alguns exemplos que marcaram a constituição de novos saberes. O leite da mãe é ressignificado como remédio; a limpeza e a esterilização dos objetos e do ambiente são heranças da permanência na UTIN; e a sistematização dos cuidados que visavam o bem-estar e a saúde do bebê no domicílio foi a síntese de saberes familiares e profissionais na geração desse conhecimento mediado pela experiência e tentativa acerto-erro.

Se, por um lado, as jovens e suas famílias esenvolveram estratégias criativas e inovadoras com o intuito de proteger o bebê de maiores danos, como a transformação de uma banheira de bebê em berço e assim permitir uma melhor acomodação, não conseguida no berço convencional, por outro, justificaram a adoção de outras estratégias para para acelerar o ganho de peso, por exemplo, sem refletir criticamente sobre elas e os riscos associados à condição de imaturidade orgânica do bebê. Além disso, elas se apropriaram de processos metafóricos para enunciar seus discursos sobre o corpo do bebê como mole e pequeno,

sementinha que precisa crescer e se desenvolver, suas diminutas proporções cabendo na palma da própria mão. As dimensões do corpo do bebê prematuro e sua fragilidade foram resgatados especialmente quando abordaram as dificuldades em levar o bebê ao colo, ao banhá-lo e ao realizar a higiene parcial. Por isso a jovem e a família desenvolveram estratégias

Em contrapartida, cuidados essenciais à manutenção do conforto e bem-estar do bebê não foram observados, talvez por desconhecimento, tais como: excesso de agasalhos com a intenção de mantê-lo aquecido em um ambiente de calor intenso e baixa ventilação, e uso de medidas caseiras para alívio da tosse e diarreia incompatível com as suas condições. Daí a estimulação inadequada ao colocá-lo no chão para movimentar-se, o desmame precoce e o erro alimentar fizeram parte de suas vidas na relação de cuidado com o bebê prematuro.

O ato de amamentar não foi um exercício prazeroso ou natural para essas jovens, porque seus bebês prematuros tiveram que passar pela UTIN. Elas tiveram de enfrentar o desafio da relactação, tendo que alimentar por meio de sondas e copinhos, ora com o complemento, ora com leite materno vindo do banco de leite. A dificuldade de conjugar tantas adversidades resultou no desmame precoce. Em meio a tantas preocupações e cuidados, o fato é que todas as jovens já não amamentavam exclusivamente e outras já haviam abandonado a prática substituindo-a pela mamadeira.

A amamentação foi um grande desafio para todas as jovens participantes da pesquisa, enquanto umas alteravam a prescrição da fórmula, engrossando-a com farinhas; outras recorriam à prática da ama de leite na comunidade para atender à necessidade de nutrição do seu filho. No último caso, a decisão foi desprovida de qualquer reflexão sobre os riscos dessa prática, expondo o bebê à contaminação pelo vírus da AIDS e hepatite, por exemplo, pela amamentação cruzada.

Essas práticas se deveram ao cuidado compartilhado familiar e comunal como um fenômeno existencial muito peculiar à organização familiar e social da Comunidade da Mangueira. Nesse cuidado compartilhado, família assumiu um papel fundamental atraindo outros atores sociais, como os cuidadores de suportes (vizinhos) e ACS, os quais foram pessoas importantes para a resolução dos problemas vividos pela jovem mãe junto ao seu bebê.

O cuidado compartilhado e o cuidado comunal se destacaram como estratégias diante dos desafios que foram superados pela jovens daquela comunidade. Elas enfrentaram o medo, a perda e o reencontro de seus filhos recém-chegados e que tiveram que conviver com a tecnologia pela garantia de suas sobrevivências. As necessidades manifestadas pelos bebês

prematturos como a imaturidade biológica e fisiológica obrigaram as jovens mães a criar condições e adaptações no domicílio, buscando na religiosidade a fonte de energia para perseverar diante de tantas dificuldades para cuidar, educar e criar os seus filhos. Venceram barreiras e preconceitos demonstrando coragem frente aos conflitos internos travados pela necessidade em amadurecer. A inexperiência de cuidar de crianças tão especiais as fez refletir em alguns momentos o quanto deixaram de gozar dos sabores da adolescência, interrompida abruptamente para assumirem uma maternidade prematura em momento tão precioso de suas vidas, construindo assim sua história, a da Brava Gente da Mangueira.

Nas práticas de cuidar também se destaca o elo que a jovem manteve com a instituição de saúde, cujo apoio foi fundamental para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê prematturo, evitando as distorções e problemas que poderiam surgir ou advir da prematuridade. Mas outro desafio emergiu na problemática da gravidez precoce e a maternidade prematura dessas jovens, o abandono da escola pelas jovens mães.

Considero que a evasão escolar ocasionada pela maternidade prematura foi um desafio vivido pelas jovens mães, mas que também se configura como um desafio para nós, trabalhadores de saúde no contexto da escola. Porque, por um lado, a jovem se afasta da escola como consequência da gravidez por outro, ela carrega consigo marcas indelévels que as colocam em desvantagem quando diante das oportunidades de empregos, comprometendo assim uma melhor condição de vida.

Dessa forma, acredito que no âmbito da enfermagem neonatal e da saúde coletiva abrem-se campos e perspectivas não só pelas oportunidades em se estabelecer um elo com a jovem, nos aspectos da gravidez precoce, oferecendo a essa jovem grávida um atendimento pré-natal, natal e pós-natal personalizado e de qualidade. Além disso, é importante acompanhar o bem-estar do bebê desde a concepção, trazendo a família como parceira do cuidado em virtude de seu caráter permanente na vida da jovem e seu filho prematturo.

Faz-se necessário maior determinação política das autoridades locais em cumprir a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004), especialmente no desenvolvimento de uma de suas treze linhas de cuidado – a atenção humanizada e qualificada ao recém nascido-, com o propósito de reduzir os índices de morbi-mortalidade pós-neonatal.

Todavia, o programa de seguimento (*follow-up*), prestado ao recém-nascido de alto risco na rede pública, tem o objetivo de atender às crianças com necessidades especiais de saúde no ambulatório. Essas crianças egressas da terapia intensiva neonatal, na primeira semana de pós-alta no domicílio, experimentam uma nova condição de vida e sua adaptação

junto à família impõe desafios relacionados ao viver sem os aparatos tecnológicos (monitoração cardíaca, saturímetro) e sem a supervisão ininterrupta dos profissionais de saúde. Nesse sentido, acredito que o seguimento domiciliar implementado pela enfermagem no período neonatal tardio e pós-neonatal representa uma medida preventiva importante que pode ser aliada ao acompanhamento ambulatorial (*follow-up*), esclarecendo dúvidas em tempo e em ambiente real. O seguimento domiciliar desponta como uma possibilidade de atuação da enfermagem junto a essas famílias, investindo sobre suas necessidades de educação em saúde, utilizando a educação dialógica como recurso para o desenvolvimento de um ensino problematizador em saúde. No espaço educativo, essa perspectiva de educação privilegia o diálogo centrado nas situações desafios emergentes do cuidar, em seu próprio contexto social e cultural, nas vivências e experiências das famílias de crianças com necessidades especiais de saúde em virtude da prematuridade.

A contribuição deste estudo reside na possibilidade de se instituir um programa de seguimento e apoio à jovem mãe do bebê prematuro como parte das propostas de ação do Programa Saúde na Escola, a fim de buscar na comunidade as jovens mães que abandonaram a Escola em virtude da gravidez e da maternidade.

Outra possibilidade de contribuição deste estudo é o de rever a estratégia de Atenção Integrada das Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) que é adotada pelo Programa Saúde da Família, para a identificação, avaliação e tratamento de bebês com idade de duas semanas a dois meses. Os resultados da pesquisa indicam a necessidade de se reduzir essa faixa de idade para a primeira semana pós-alta da Maternidade, de modo a atender às demandas da família na relação de cuidado, especialmente do bebê prematuro no domicílio.

No campo da saúde do escolar, é preciso ampliar os investimentos em programas de acompanhamento para essas jovens, para que eles retornem ao sistema educacional que suas condições femininas lhes permita, e assim possa concluir o seu processo de escolarização. Por essa razão, defendo o diálogo como uma poderosa ferramenta de negociação dos profissionais de saúde e agentes comunitários na relação com essas jovens, estimulando-as a prosseguir com os estudos. Na escola, a atenção à saúde da jovem grávida necessita de maior investimento dos adultos, para que ela sinta-se acolhida pelos educadores em geral, inserindo-as nos programas de saúde e nas atividades culturais que a Escola oferece.

#### IV. Referências

- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza – cultural**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 120p.
- BARNARD, D. L. *et al.* Developmental changes in maternal interactions with term and preterm infants. **Infant Behav. Dev.** 1984, v. 7, p.101-3.
- BLASCHKAUER, D. Analfabetismo cai, mas 25 milhões ainda não sabem ler e escrever. FOLHA ON LINE, São Paulo, 02 dez. 2003. Disponível em: <<http://www.1.folha.uol.com.br/folha/educação/ult305u14959.shtul>>. Acesso em: 10 de ago. 2004.
- BLASCHKAUER, D. Número de jovens fora da escola passa de 23 milhões. FOLHA ON LINE, São Paulo, 02 dez. 2003. Disponível em: <<http://www.1.folha.uol.com.br/folha/educação/ult305u14455shtul>>. Acesso em 10 de agosto de 2004.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra**. Petrópolis.R.J: Vozes, 1999. 199p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanização ao Recém – Nascido de Baixo Peso. Método Mãe Canguru**. Manual do Curso. Brasília: MS, 2000.
- BRASIL, Ministério da Justiça. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Texto Reduzido. Brasília: Ministério da Justiça, 1990. 15p.
- BRASIL, Ministério da Justiça. **AIDPI Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância: Curso de capacitação: introdução: modulo I**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. 2ª ed.rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://www.ministeriodasaude.gov.br>> Acesso em: 21 dez. 2003.
- CABRAL, I. E. Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê; implicações de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem. Rio de Janeiro, 1997. 210p. **Tese (Doutorado de Enfermagem)**. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- CABRAL, I. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê**. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, 1998, 201p.
- CABRAL, I.E.; MORAES, J.R.M.M.; SANTOS, F.F. O egresso da terapia intensiva neonatal de três instituições de ensino e a demanda de cuidados especiais. **Escola Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p 210-7. Ago 2003.
- CABRAL, I. E. *et al.* O método criativo e sensível na produção do conhecimento de enfermagem.. Prod. em abril 2002. I. Congresso Internacional Pesquisando a família. Florianópolis. SC. 24 a 26 de abril de 2002. p.1-22. **CD ROOM. Série I**
- CARTLIDGE, P. H.; STEWART, J. H.,. Effect of changing the stillbirth definition on evolution of perinatal mortality rates. **Lancet**, v. 346, p. 486-8, 1995.

CASTILHO, A. **A Dinâmica do trabalho de Grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark , 1995.

CLIQUE MUSIC. A Música brasileira está aqui. Disponível em: <[http://www.cliquemusic.com.br/artistas/artistas.asp?status=DISCO&Na\\_Disc=9542](http://www.cliquemusic.com.br/artistas/artistas.asp?status=DISCO&Na_Disc=9542)> Acesso em 09 jul 2005.

COATES, V; CORRÊA, M. M. Gravidez na Adolescência e Anticoncepção. **In:** SOUZA, R. P.; MAAKAOUM, M. F. **Manual de Adolescência**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Comitê de Adolescência. (s.d.). 79 p.

CUNHA, S. R. A enfermeira e a família da criança dependente de tecnologia: intermediação dos saberes. Rio de Janeiro, 1997. 119p.**Dissertação (Mestrado em Enfermagem)**. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

CROMACK, L. Gravidez na adolescência e Métodos anticoncepcionais. **In:** LIBERAL, E. F. **Construindo escolas promotoras de saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. 318p.

D'OLIVEIRA; DELAMARO. **Favela também tem memória**. Disponível em:<<http://www.favelatemmemoria.com.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=38&sid=3>> Acesso em : 10 de ago. 2004.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico, 2001**. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2002

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Indicadores sobre a população jovem**. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <<http://www.fnuap.org.br/popjovem.asp>> Acesso em 10 mai de 2005.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Indicadores sobre a população jovem**. IBGE, 2000. Disponível em <<http://www.fnuap.org.br/popjovem.asp>> Acesso em 10 mai de 2005.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Perfil da População Jovem Brasileira**. IBGE, 2001. Disponível em <<http://www.fnuap.org.br/popjovem.asp>> Acesso em 10 mai de 2005.

FREIRE, P. **Conscientização, teoria e prática da liberdade. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3ª edição. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. 8ª Ed. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 2001. 245p.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. 93p.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C.; THEME FILHA, M. M. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo , v.35 n.1. fev. 2001

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro, vol.18 n.1. Jan. /Fev. 2002

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro Jul /Ago. 2005. vol.21 n.4 GOLEMAN, D. **A arte da meditação**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Sextante, 1999. 98p.

GOULART, A L. *et al.* Crescimento e desenvolvimento do recém – nascido pré – termo. **Acta Paul. Enf**, v.9 Número Especial. 1996

GRANEIRO, T. S; OLIVEIRA, E. B.; SANTOS, R. S. S. A estratégia follow- up e o recém - nascido de risco no município do Rio de Janeiro. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** São Paulo, v. 3, n.1, p. 27- 41. julho de 2003

JACQUES, P. B. **Estética da ginga: arquitetura das favelas através da obra de Hélio Oiticica**. 2ª edição. 160p. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2003. 158p

LAMY, Z.C. Estudo das situações vivenciadas por pais de recém – nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1995. 200p

LANSKY, S; FRANÇA, E. & LEAL, M. do C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura. **Rev. Saúde Pública**, 36(6): 759-772. 2002.

LEGRAND. **A Vida por linhas certas**. Belo Horizonte: Solter Editora, 2004.111p.

LOPES, S.M.B; LOPES, J.M. DE A. **Follow-up do Recém – Nascido de Alto Risco**. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda. 1999. 334p

MARANHÃO. A G. K.; JOAQUIM, M.M.C.; KALUME, P.; CASTILLO, O; LEAL, M.C. Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. **TEMA. Radis.**, v.17, p. 6-17. 1999.

MARINS, A L. A questão do ser-gestante adolescente: uma abordagem compreensiva para a enfermagem, 1995 **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995. 33p

MELO, D. F. O cuidado de Enfermagem no seguimento de Crianças prematuras e de baixo peso. Ribeirão Preto, 1998. **Tese (Doutorado em Enfermagem)** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo.

MELLO, D. F; ROCHA, S. M. M. Assistência de enfermagem a crianças prematuras: uma revisão da literatura sobre o seguimento. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.52, n. 1, p. 14-21. jan. / mar. 1999.

MINAYO, M. C. de S. **O desejo do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde**. 4ª ed. HUCITE- ABRASCO. SP. RJ, 1996. 269p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Brasil Alfabetizado**. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/alfabetiza/>>. Acesso em: 10 ago. 2004.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Planejamento Familiar.** Disponível em: <[http://www.saude.gov.br/Sps/planejamento\\_familiar.htm](http://www.saude.gov.br/Sps/planejamento_familiar.htm)> Acesso em : 05 ago. 2004.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. **Lei do Programa do Primeiro Emprego. Medida Provisória n.º 186 de 13 de maio de 2004.** Disponível em: <<http://www.mtb.gov.br/museu>>. acesso em : 05 ago. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa saúde do adolescente.** Bases Programáticas. Secretaria de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno – Infantil. Brasília, 1989.

MPB NET. O teu cabelo não nega. Disponível em: <<http://www.geovites.com.br/locbelverdere/musica/oteucabelonaonega.htm.11k>> Acesso em 09 jul 2005.

MPB NET. Não deixe o samba morrer. Disponível em: <[http://www.mpbnet.com.br/musicos/alcione/letras/nao\\_deixe\\_osamba\\_morrer.htm](http://www.mpbnet.com.br/musicos/alcione/letras/nao_deixe_osamba_morrer.htm)> Acesso em 09 jul 2005.

NEVES, E.T. Gravidez na Adolescência: Um perfil das puérperas adolescentes da rede pública de Santa Maria. 1998. 33p (**Monografia em Enfermagem**). Curso de Especialização em Saúde Coletiva. Santa Maria-RS.

NEVES P. E. **Samba e Choro.** Disponível em: <<http://www.samba-choro.com.br/noticias/arquivo/8172>> Acesso em 09 jul 2005.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos.** Campinas, SP: Pontes, 3ª edição, 2001. 97p

ORLANDI, E.. **Cidade dos sentidos.** Campinas, SP: Pontes, 2004. 159p

ORLANDI, E.. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos.** 5ª ed. Campinas: SP.UNICAMP, 2002. 189p.

OSÓRIO, A C. A; LIBERAL, E. F. Comportamento de risco entre adolescentes. **In:** LIBERAL, E. F. **Construindo escolas promotoras de saúde.** São Paulo: Editora Atheneu, 2003. 318p.

POLLARD, A H. : YUSUF, F. & POLLARD, G. N., 1974. Demographic Techniques. **Sidney: Pergamon Press.** (s.d.)

PRADO, S. R. L.A; ESCOBAR, E.M.A; FUJIMORI, E. As diretrizes da assistência à saúde da criança-do PAISC ao AIDPI. Robe Editorial. São Paulo, 2002. p.204 –205. **In:** CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; SILVA, G.T.R; CUNHA, I.C.K.O . **Saúde na Família e na Comunidade.** Robe Editorial. São Paulo, 2002. 398p.

REVISTA JURIDICA. **Portaria M.S. nº 1.067, de 4 de julho de 2005 D.O.U. 06.07.2005 Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências.** Disponível em : <<http://www.revistajuridica.com.br/content/legislacao.asp?id=12309>> Acesso em 16 de jul 2005.

RODRIGUES, E. C. Conhecer para cuidar-o desafio dos pais do bebê prematuro na educação dialógica intermediada pela enfermeira, 2000. 166p.**Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SABROZA, A. R.; LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; COSTA, J. V. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil - 1999-2001. **Cad. Saúde Pública**. V.20 supl. 1 Rio de Janeiro 2004

SANTOS, R S; GLANT, R. **Ser mãe de uma criança especial do sonho à realidade**. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999. 152p

SANTOS J. C. L. **O novo Código Civil – instituído pela Lei 10.406/2002, que entrou em vigor em 11 de Janeiro de 2003** Disponível em:<<http://www.pitoresco.com.br/consultoria/mercado/mercado28.htm>> Acesso em 14 dez 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DO RJ. **Projeto Maternidade Segura**. Disponível em: < [http:// www.saúde.rj.gov.br/Acoes/MatSegura.Shtml](http://www.saude.rj.gov.br/Acoes/MatSegura.Shtml) >Acesso em: 10 ago.2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, **Taxa de mortalidade pós- neonatal segundo principais causas–Município do Rio de Janeiro, 1996-2001**. Disponível em: <<http://www.secretariamunicipaldesaude.br/>> Acesso em: 21 mar 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, **Proporção de nascidos vivos de jovens mães no Município do Rio de Janeiro, 1993-2002**. Disponível em: <<http://www.secretariamunicipaldesaude.br/>> Acesso em: 21 mar 2003.

SCOCHI, C. G S. A Humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem. Ribeirão Preto, 2000. **Tese (Livre-Docência)**.Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo, 2000. 245p

SCOCHI, C. G S. *et al.* Assistência aos pais de recém – nascidos pré – termo em unidades neonatais. **R. Bras. Enferm.** , v. 52, n. 4, p. 495-503. out. / dez. 1999.

SCHRAMM, J. M. de A; SZWARCOWALD, C. L. Diferencias nas taxas de mortalidade neonatal e natimortalidade hospitalares no Brasil: um estudo com base no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro,16(4): 1031-1040. out. - dez 2000

SOUZA, R. P. Abordagem do adolescente. **In:** SOUZA, R. P. de. ; MAAKAOUM, M. de F. **Manual de Adolescência**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Comitê de Adolescência. (s.d.) 79p

SKRANES, J. S. *et al.* Cerebral magnetic resonance imaging (MRI) and mental and motor function of very low birth weight infants at one year of corrected age. **Neuropediatrics**, v.24, p. 256-62. 1993.

SZWARCOWALD, C. L. *et al.* Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n.6 .Nov. / Dez. 2002

TAKIUTI, A D. Mitos e Tabus da gravidez adolescente. **In:** COSTA, M. FAGUNDES, J. O; TAKIUTI, A D. *et al.* **Amor e sexualidade**. A resolução dos preconceitos. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Gente. 1994. p. 21-29.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999. 202p.

WONG. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118p

WEIRICH, C.F.; DOMINGUES M. H. M. S. Mortalidade Neonatal um desafio para os serviços de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem-FEN/UFG**. Revista Eletrônica de Enfermagem (on-line) Goiânia, jan. - jun. 2000, v.3, n.1.

## V. Referências Consultadas

ADAMO, F. A *et. al.* **Juventude: trabalho, saúde e educação**. Rio de Janeiro Florense-Universitária, 1987.

ALENCAR, M.R.F; LIBERAL, E.F. Trabalho precoce. **In:** LIBERAL, E. F. **Construindo escolas promotoras de saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. 318p.

ALTHOFF, C. R.; ELSEIN, I.; LAURINDO, A C. Família: O foco do cuidado na enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 7, n.2, p. 320- 327. mai / ago. 1998.

ALVIM, N. A T. Práticas e saberes sobre o uso de plantas medicinais na vida das enfermeiras. Uma construção em espiral. **Tese (Doutorado em Enfermagem)** Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do R.J. 1999. 164p

ARAGÃO, M.G. O S. Mortalidade perinatal na região metropolitana do rio de janeiro 1979-1989. **Dissertação (Mestrado)** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1994.

BOOTH, W.C; COLOMB, G.G; WILLIANS, J. M. **A arte da pesquisa**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 39p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: M.S, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da criança (PAISC)**. Brasília, Centro de Documentação, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência institucional ao parto, puerpério e ao recém – nascido (PAISM)**. Brasília, Centro de Documentação, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco-PAISM**. Brasília, Centro de Documentação, 1991.

CABRAL, I.E. Ser mãe e a (re)- descoberta do saber na estimulação natural de seus filhos. Rio de Janeiro. 1994. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)**. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1994. 219p.

CABRAL, I. E *et. al.* Legislação básica de proteção infância: uma abordagem para a prática de enfermagem pediátrica. **Escola Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 6, Suplemento n.1, p.41-52. Dez. 2002

CARVALHO, R.M.A.; PATÍCIO, Z. M. A importância do cuidado-presença ao recém-nascido de alto risco: contribuição para a equipe de enfermagem e a família. **Texto e Contexto. Enferm.**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p 577- 589. maio/ ago, 2000.

CUNHA, A J. L. A e *Col.* A estratégia de “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância-AIDPI” e sua implantação no Brasil. **Rev. Ped. Ceará** – 2 (1) - janeiro a abril / 2001.

CUNHA, S. R; CABRAL, I. E. A. A enfermagem e as condições de vida da criança dependente de tecnologia para o ato educativo problematizador. **Rev. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**. v.1, n. 1, p.71-79. 2001.

DATASUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Principais Causas de internação em criança de 0 a 1 ano de idade. Valores médios de abril/ 2001 a março de 2002**. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/datasus>>. Acesso em: 21 mar. 2003.

DATASUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mortalidade infantil em menores de um ano**. Disponível em:< <http://www.saúde.gov.br./datasus>> . Acesso em: 21 dez. 2001.

DOOLEY, R. A; LEVINSOHN, S.H. **Análise do discurso: conceitos básicos em lingüística**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. 221p

ELSEN, e *Cols.* **Marcos para prática de enfermagem com Famílias**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994.

FAGUNDES NETO, U.F. Esvaziamento gástrico. In: FAGUNDES NETO, U.F. et al. **Gastroenterologia Pediátrica**. 2. Ed. São Paulo, Medsi, cap. 9, p.92-5. 1991

FELICIANO, R. A F. Rede de apoio social utilizada pelas mães de bebês prematuros e de baixo peso egressos de uma unidade de terapia intensiva neonatal no município de São Carlos – SP. Ribeirão Preto, 1999. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)**–Universidade São Paulo / Departamento de Enfermagem e Saúde Pública – Ribeirão Preto. 1999.

FELISBERTO, E. *et al.* Estratégias da atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI)- considerações sobre o processo de implantação. **Revista do IMIP**. Vol.14, N. ° 01. Jun/ 2000.

FILHO, L. M. O adolescente de alto risco. **In:** SOUZA, R. P. de. ; MAAKAOUM, M. F. Manual de Adolescência. **Sociedade Brasileira de Pediatria. Comitê de Adolescência**. (s.d.). 79p.

FONSECA, L. M. M. Cuidados com o bebê prematuro: cartilha educativa para orientação materna. Ribeirão Preto, 2002. 128p. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** – Universidade de São Paulo. Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. São Paulo: Ed. Moraes, 1988.

FREIRE, P. **Ação Cultural para liberdade**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. 149p.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes e Práticas necessários à prática educativa**. 27ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148p.

FREIRE, P. **A essência da educação como prática da liberdade in Pedagogia**. 18ª ed. RJ: Paz e Terra, 1988.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23ª ed. RJ: Paz e Terra. (s.d.). 158p.

GADOTTI, M.; FREIRE, P.; GUIMARÃES, S. **Pedagogia: diálogo e conflito**. 5ª ed. Cortez. Editora, 1995. 127p.

GAUTHIER, J. H.; CABRAL, I. E.; SANTOS, I.; TAVARES, C. M. de M. **Pesquisa em Enfermagem Novas Metodologias Aplicadas**. Guanabara Koogan. 1998. 302p.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: artes Médicas Sul, 2000. 375p.

GORDIN, P.; JOHSON, B.H. Technology and family- centered perinatal care: conflict or synergy ? **JOGNN**, 1999.v.28, n. 4, p. 401- 8.

LANSKY, S. *et al.* Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 18(5): 1389-1400. set. - out., 2002.

LEITE et al. Escola, Juventude e violência. **In: LIBERAL, E. F. Construindo escolas promotoras de saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. 318p.

LUDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. **A Pesquisa em educação abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

MORAES, J. R. M. M. O diálogo da enfermagem com as famílias de crianças egressas de terapia intensiva neonatal: desvendando o universo temático. 2003. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** Escola de Enfermagem Anna Nery /Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

MONTEIRO, V. O M. A imagem social do álcool na rede do adolescente; sua relação com a prática Educativa dialógica da infância da enfermeira, 1999. **Dissertação (Mestrado de Enfermagem)**. Escola de Enfermagem Anna Nery /Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

MORSCH, D. S. Prematuridade e desenvolvimento afetivo e cognitivo. **In: LOPES, S.M.B., LOPES, J. M. A. Follow - up do recém – nascido de alto risco**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p.317-329

- MELLO JORGE, M. H. P. Sub-registro dos eventos vitais. **Rev. Saúde Pública**, 17: 148-151. 1983.
- MELLO JORGE, M. H. P. Sub – registros de óbitos e aspectos da legislação sobre mortalidade. **II Reunião Nacional do Subsistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde (mimeo), 1987
- MELO, D. F. de *et al.* . Cuidados Maternos a Crianças Prematuras e de Baixo Peso ao Nascer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 36 (31): 262- 9. 2002.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES,S.F.; NETO,O.C.; GOMES,R. **Pesquisa Social: teoria, método e Criatividade**. 6<sup>a</sup> ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80p.
- NASCIMENTO, L. C; ROCHA, S. M. M. O cuidado à criança centrado na família. **EEAN. Rev. Enferm.**, Rio de janeiro, v. 6, Suplemento n.1, p.107-114. Dez. 2002
- NITSCHKE, R. G.; MORAIS, E. P.; PFEIFFER, S. A; ELSSEN, I. Família Saudável: um estudo sobre o conceito e sua aplicabilidade na assistência. **Texto e Contexto Enf.** Florianópolis, 1 (2): 152- 166. jul./ dez. 1992.
- OLIVEIRA, C. S. **Metodologia Científica, Planejamento e Técnicas de Pesquisa uma Visão Holística do Conhecimento Humano**. São Paulo: Ltr. 2000. 122p.
- ORLANDI, E.P. **Discurso e Leitura**. Cortez: Editora da Unicamp, Campinas, 1988. 118p
- ORLANDI, E.P. **A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso**. 4<sup>a</sup> edição, 3<sup>a</sup> reimpressão. Campinas, SP: Pontes, 2003. 276p
- ORLANDI, E.P. **Discurso e texto: formação e circulação dos sentidos**. Campinas, SP: Pontes, 2001. 218p
- PATRÍCIO, Z. M. A prática do cuidar/ cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém – nascido através do marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural. Florianópolis: UFSC, 1990. 302p **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** – Curso de Pós – Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- PATRÍCIO, Z. M. Adolescer. **In:** RAMOS; MONTCELLI; NITSCHKE. R. G. **Projeto Acolher**. MINISTÉRIO DA SAUDE. Brasília, 2000.
- PENNA, C. M. de M. Família Saudável: Análise Conceitual. **Texto e Contexto. Enf.** Florianópolis, 1 (2): 89-99. jul/ dez.,1992.
- RAMOS; MONTCELLI; NITSCHKE.R. G. **Projeto Acolher**. MINISTÉRIO DA SAUDE. Brasília, 2000.
- RIBEIRO, I. M. A enfermagem assistindo a família maltratante através da interação. Florianópolis: UFSC, 1990. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)**, - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990. 294p
- ROCHA, S. M. M; NASCIMENTO, L. C. N; LIMA, R. A G. Enfermagem Pediátrica e abordagem da Família: Subsídios para o Ensino de Graduação. **Rev. Latino – Am. Enfermagem.**, 10 (5): 709- 714. setembro/ outubro, 2002.

SANTOS, F. F. O egresso da terapia intensiva neonatal de uma instituição privada do Rio de Janeiro: Subsídios para prática educativa da enfermeira. **Relatório final** de Pesquisa de Iniciação Científica FAPERJ. Escola de Enfermagem Anna Nery /Universidade Federal do Rio de Janeiro 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Distribuição dos óbitos de menores de um ano ocorridos no município do Rio de Janeiro segundo estabelecimento de ocorrência** 1998. Disponível em: <<http://www.secretariamunicipaldesaude.br>> Acesso em : 21 mar 2003.

SCOCHI, C. G S.. A organização do trabalho e a prática de enfermagem em unidades neonatais de diferentes níveis de complexidade regional de Ribeirão Preto. ERSA-50. Ribeirão Preto. EERP/ USP, 1993. 273p. **Tese (Doutorado em Enfermagem)** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SCHRAMM, J. M. de A; SZWARCOWALD, C. L. Sistema hospitalar como fonte de informações para estimar a mortalidade neonatal e natimortalidade. **Rev. Saúde Pública**. U.S.P. Faculdade de Saúde Pública, 34(3): 272 – 279. 2000.

SZWARCOWALD, C. L. *et al.* Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária? **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 13(3): 503-516. Jul. - set, 1997.

TRIVINOS, A N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1995. 175p

ZIEGEL, E. E. **Enfermagem Obstétrica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. 696p.

**Anexo - A****TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<sup>11</sup>**

Como pesquisadora responsável pela pesquisa – **O desafio da família e do adolescente no cuidado domiciliar da criança prematura: mediando temas no ato educativo dialógico da enfermagem junto à família, Eu, BRÍGIDA NEIDE ROCHA LIRA**, gostaria de: a) Identificar as situações desafios enfrentadas por sua família e seu filho adolescente no domicílio ao cuidar da criança prematura; b) Analisar as necessidades e demandas de cuidados presentes no dia a dia da família no domicílio ao cuidar da criança prematura; c) Discutir como sua família e seu filho adolescente encontram as soluções frente a esses desafios.

**Os encontros.** Gostaria de ter a oportunidade de me encontrar até três vezes com você, junto com outros familiares ou pessoas com quem você pode contar para cuidar de seu filho nessas oficinas de cuidado. Os nossos encontros serão em grupo e terão duração máxima de 40 minutos e acontecerá em sua residência após contato prévio. Só irei precisar de um ambiente silencioso e privativo. Em nossos encontros, devo levar algo para o lanche, não se faz necessário que vocês se preocupem quanto a esse detalhe. Sempre que estivermos juntos levarei uma colega que vai me ajudar na pesquisa, ela também é enfermeira e fará anotações e tirará as fotos que vocês me permitirem. Em cada encontro, você terá oportunidade de dividir suas vivências e experiências no cuidar de seu filho com seus familiares, vizinhos, enfim, todos aqueles que quiserem participar nesse dia.

**As dinâmicas** ocorrerão em grupo, mediadas por debates e atividades educativas conduzidas por músicas, filmes, recorte e colagem, desenho, pintura e outros recursos, por mim denominadas dinâmicas grupais que permitam sua participação ativa, sem ser cansativo. O nosso propósito é conduzir um debate orientado pelas seguintes perguntas – **O que mais preocupa você durante o cuidar de seu filho prematuros no domicílio? E de que maneira vocês resolvem os desafios do dia a dia no cuidado do prematuro no domicílio?** – que no movimento da conversa podem emergir com mais perguntas.

A **permanência na pesquisa** é voluntária, o que quer dizer que, quando não quiser mais participar, você sinta-se inteiramente à vontade, pois não haverá nenhuma dificuldade para você e seu filho.

---

<sup>11</sup> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/ HESFA Protocolo nº 015/ 04, com o título da pesquisa conforme constante no projeto apreciado.



**As informações que você me fornecer** serão utilizadas para fins de pesquisa e quem me dirá a forma de identificação de sua fala na pesquisa será você. O nosso cuidado é impedir que você seja identificado por qualquer pessoa e em qualquer circunstância. Somente manteremos na pesquisa as suas falas que você concordar que permaneçam, daí a razão de termos três encontros.

A sua contribuição poderá trazer ou não benefícios diretos para a sua criança, já que se tratam de encontros grupais com troca de conhecimentos, vivências e experiências. Caso não deseje responder a qualquer pergunta que considere inconveniente ou inoportuna, não haverá nenhum prejuízo para o seu filho. No caso de se fazer necessário falar comigo, estarei disponível para atendê-lo no telefone 25694088 (das 19:00h às 07:00h, plantão SN1), ramais 230 ou 252 – Hospital Municipal Jesus, em Vila Isabel.

Brígida Neide Rocha Lira \_\_\_\_\_

Pesquisadora

---

Eu, \_\_\_\_\_ responsável legal pelo adolescente (meu filho) \_\_\_\_\_, após receber explicações da Enfermeira Brígida Neide Rocha Lira, Mestranda da EEAN/ UFRJ, estou ciente que o que eu disser será utilizado para fins de pesquisa. Esses que os encontros acontecerão em meu domicílio.

Caso eu não concorde em participar de qualquer forma na pesquisa, não haverá nenhum prejuízo. Os resultados deste estudo serão utilizados, apenas com finalidade científica.

Assim sendo, concordo em participar da pesquisa.

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

---

Assinatura do responsável pela criança.

**Anexo – B**

**Questionário de caracterização dos sujeitos<sup>12</sup>**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**

Nome completo do entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1 – Identificação da criança**

Nome completo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Mora com quem? \_\_\_\_\_

**1 – Situação conjugal dos pais adolescentes**

( ) casados ( ) separados ( ) namorados ( ) amigados ( ) divorciados ( ) viúvo

**3 – Dados sobre a mãe adolescente**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Endereço completo \_\_\_\_\_

Tel. para contato: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Grau de Instrução:

Analfabeta ( ) Primário ( ) completo ( ) incompleto ( )

Ensino fundamental ( ) completo ( ) incompleto ( )

Ensino médio ( ) completo ( ) incompleto ( )

Nível superior ( ) completo ( ) incompleto ( )

Trabalha fora ( ) sim ( ) não Em quê? \_\_\_\_\_

Quanto tempo fica fora de casa? \_\_\_\_\_

**4 – Dados sobre o pai adolescente**

Nome: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Endereço completo \_\_\_\_\_

Tel. para contato: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Grau de Instrução:

Analfabeta ( ) Primário ( ) completo ( ) incompleto ( )

Ensino fundamental ( ) completo ( ) incompleto ( )

Ensino médio ( ) completo ( ) incompleto ( )

Nível superior ( ) completo ( ) incompleto ( )

Trabalha fora ( ) sim ( ) não Em quê? \_\_\_\_\_

Quanto tempo fica fora de casa? \_\_\_\_\_

**5 - Dados sobre outros cuidadores da criança prematura no domicílio**

Quem cuida da criança: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Idade : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Grau de parentesco ou afinidade ( ) vizinha/vizinho ( ) irmão/irmã

( ) tio/tia ( ) padrinho/madrinha ( ) madrasta/padrasto

<sup>12</sup> O questionário de caracterização foi adaptado por Cabral e Lira (2004), do questionário utilizado pelos alunos do Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica da EEAN/UFRJ aplicado aos escolares do CIEP- Nação Mangueirense.

Outro ( ) Qual? \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( )F ( )M  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Por quanto tempo? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### 6 – Dados sociodemográficos

É vinculado a algum programa social ? ( ) sim ( ) não  
 ( ) Cesta básica ( ) Cheque cidadão ( ) Bolsa escola ( ) Outros  
 Quanto ganha?: \_\_\_\_\_  
 Recebe ajuda de alguém da família? \_\_\_\_\_  
 Quem? \_\_\_\_\_  
 Renda familiar: ( ) menos de 01sm ( ) 01sm ( ) 02 a 03 sm ( ) 04 a 06 sm  
 ( ) 07 a 10 sm ( ) mais de 10 sm Valor: \_\_\_\_\_

### 7 – Condições de habitação

Moradia: ( ) própria ( ) alugada ( ) emprestada ( ) cedida ( ) compartilhada  
 Construção: ( ) alvenaria ( ) madeira ( ) estuque ( ) pau a pique ( ) papelão  
 Quantos cômodos: \_\_\_\_\_ Quantas pessoas moram na casa: \_\_\_\_\_

Abastecimento de água:	Destino do Esgoto:	Destino do Lixo:
( ) rede geral	( ) rede geral	( ) queima
( ) poço	( ) fossa	( ) coleta domicílio
( ) bica	( ) vala	( ) caçamba
( ) outro		( ) sem controle

### 8 – História de saúde do casal adolescente e/ ou da adolescente solteira

#### – História pregressa da mãe adolescente

cardiovascular ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_  
 tegumentar ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_  
 imunológica ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_  
 endócrina ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_  
 oncológica ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_  
 hematológica ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

#### – História pregressa do pai adolescente

cardiovascular ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_  
 tegumentar ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_  
 imunológica ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_  
 endócrina ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_  
 oncológica ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_  
 hematológica ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

### 9 – História da mãe adolescente (gestação, parto e puerpério)

**9.1 – Pré-natal do filho**

Idade da mãe na gestação: \_\_\_\_\_

Fez pré-natal ( ) sim ( ) não

Onde? \_\_\_\_\_ quantas consultas: \_\_\_\_\_

Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

Teve problemas na gravidez ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

Fez uso de remédio na gravidez? ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

Fez VAT? ( ) sim ( ) não Quantas doses: \_\_\_\_\_

**9.2 - Condições de nascimento**

Parto: ( ) domiciliar Tipo: ( ) normal

( ) Hospitalar ( ) fórceps ( ) cesárea

Com quantas semanas a criança nasceu: \_\_\_\_\_

**Ao nascer:**

Peso: \_\_\_\_\_ gramas Comprimento: \_\_\_\_\_ cm

Apgar: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Perímetro cefálico: \_\_\_\_\_ cm

Chorou ao nascer? ( ) sim ( ) não Precisou de ajuda para respirar: ( ) sim ( ) não

Ficou no berçário? ( ) sim ( ) não Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Ficou na UTIN? ( ) sim ( ) não Por que razão ficou na  
UTIN? \_\_\_\_\_

Quanto tempo? \_\_\_\_\_

**9.3 – Situação vacinal da criança prematura**

Vacinas 1ª dose 2ª dose 3ª dose Reforço

DT ( ) ( ) ( ) ( )

BCG ( ) ( ) ( ) ( )

Quantas cicatrizes vacinal? Braço: \_\_\_\_; \_\_\_\_

HEP B ( ) ( ) ( ) ( )

Esquema vacinal ( ) incompleto ( ) completa

**Apresenta alguma patologia**

cardiovascular ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

tegumentar ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

imunológica ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

endócrina ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

oncológica ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

hematológica ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

**9.4 – Doenças comuns na infância do (a) adolescente:**

( ) varicela ( ) caxumba ( ) sarampo ( ) Rubéola ( ) pneumonia

( ) asma ( ) bronquiolite ( ) diarreia ( ) outro

Faz uso de algum medicamento: ( ) sim ( ) não

Qual: \_\_\_\_\_

Tem alergia:

Respiratória ( ) sim ( ) não

Toma vacina para alergia? \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_ Que via? \_\_\_\_\_

Medicamentosa ( ) sim ( ) não

Qual: \_\_\_\_\_

Alimentar ( ) sim ( ) não

Qual: \_\_\_\_\_

**10 – Maturação sexual do (a) adolescente e Planejamento Familiar:**

Com quantos anos você menstruou ? ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_ anos

Com que idade teve a primeira relação sexual? \_\_\_\_\_ anos

Usa camisinha? ( ) não ( ) sim

Usa método contraceptivo? ( ) não ( ) sim

Qual? \_\_\_\_\_

**ANEXOS - C**

- 1. Ofício n ° 079 Programa Saúde na Escola**
- 2. Declaração do Diretor do centro Integrado de Educação Pública-Nação Mangueirense**
- 3. Carta de Apresentação a Diretora da Unidade Básica de Saúde da Mangueira**
- 4. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Hospital Estadual São Francisco de Assis**
- 5. Carta de Apresentação a CAP 1.0 – Supervisor Operacional dos Programas de PACS/ PFS/ AP 1.0/ GAT**
- 6. Encaminhamento do Projeto a Coordenadora de Programas de saúde da Comunidade**
- 7. Carta ao diretor do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde**
- 8. Memorando S/ CRH/ DRH/ DIC n° 91**
- 9. Entrevista realizada aos responsáveis do Programa Social da Mangueira no G.R Estação Primeira E. S. Mangueira.**



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA CIVIL  
SUBSECRETARIA OPERACIONAL  
COORDENAÇÃO MÉDICA DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA



Ofício N° 079 – CMPSE

Niterói, 28 de Junho de 2004.

A Sr. Maria Cristina Pedrosa – Diretora Adjunta do CIEP-241 / Nação Mangueirense

Ass.: Solicitação

Solicito –vos que a CAP BM QOS/Enf/94 – **BRIGIDA NEIDE ROCHA LIRA**, RG 18.729, possa desenvolver seu Projeto de Mestrado em Enfermagem: “Desafio de cuidar da criança prematura no contexto domiciliar, mediando temas do ato dialógico em enfermagem junto à família”, pela EEAN/UFRJ, com os alunos deste CIEP-241 / Nação Mangueirense.

Outrossim, informo-vos, que serão respeitados os Preceitos Éticos de Pesquisa que regem na Portaria 196/96, relacionados à pesquisa com seres humanos

PROF. EDSON FERREIRA LIBERAL  
Médico  
CRM 5229115-5

CEL BM QOS/Méd/81 - EDSON FERREIRA LIBERAL - RG 06.615  
Coordenador Médico do Programa Saúde na Escola



Avenida Quintino Bocaiuva s/n° – Charitas – Niterói – RJ – CEP 24.360-022  
Telefone: (21) 3399-4689 – FAX (21)3399-4680

E-mail: [cmpse@cbmerj.rj.gov.br](mailto:cmpse@cbmerj.rj.gov.br) / [cmpse@yahoo.com.br](mailto:cmpse@yahoo.com.br)

Prof.ª Maria Cristina C. Pedrosa  
DIRETORA ADJUNTA  
MAT. 5018358-0



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria Estadual de Educação  
Coordenadoria Metropolitana X  
CIEP 241 Nação Mangueirense

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que em nossa U.E. a CAP BM QOS/Enf/94 – Brígida Neide Rocha Lira, RG 18.729, poderá desenvolver seu Projeto de Mestrado em Enfermagem: "Desafio de cuidar da criança prematura no contexto domiciliar, mediando temas do ato dialógico em enfermagem junto à família".

Rio, 30 de Junho de 2004.



Prof. F. Antonio S. Menezes  
DIRETOR GERAL  
MAT. 5025045-5

**Felismino Antonio Simões de Menezes**  
**Diretor Geral do CIEP 241 Nação Mangueirense**





UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO

Rio de Janeiro 15 de julho de 2004.

Posto de Saúde da Mangueira  
A Ilma. Diretora Evodía Ribeiro

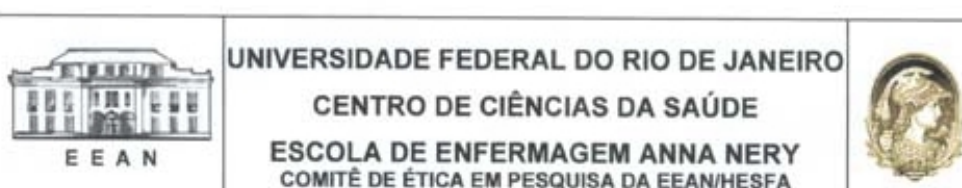
### CARTA DE APRESENTAÇÃO

Apraz-nos apresentar a aluna **BRÍGIDA NEIDE ROCHA LIRA** regularmente matriculada no Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob o nº 103160965.

Outrossim vimos solicitar autorização para que a supra referida, possa coletar dados com a finalidade de desenvolver sua Dissertação de Mestrado .

Atenciosamente,

Profa. Drª Neide Aparecida Titonelli Alvim  
Coordenadora Geral de Pós-Graduação  
e Pesquisa em Enfermagem  
EEAN/UF RJ



Protocolo nº 015/04

Título do Projeto: **O desafio da família e do adolescente no cuidado domiciliar da criança prematura: medindo temas no ato educativo dialógico de enfermagem junto a família**

Pesquisador Responsável: **Ivone Evangelista Cabral**

Instituição onde a pesquisa será realizada: **Centro Integrado de Educação Pública – 241 – Nação Mangueira**

Data de entrega do protocolo ao CEP: **19/08/04**

#### **PARECER**

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU com recomendação de alterar as questões 10, 11 e 12 pois parecem dirigidas podendo constranger os sujeitos, esclarecer os riscos da pesquisa, iniciar a pesquisa com o TCLE assinado pelos sujeitos mesmo que se caracterize como uma pré-seleção da amostra**, o referido projeto na reunião ocorrida em 31 de agosto de 2004.

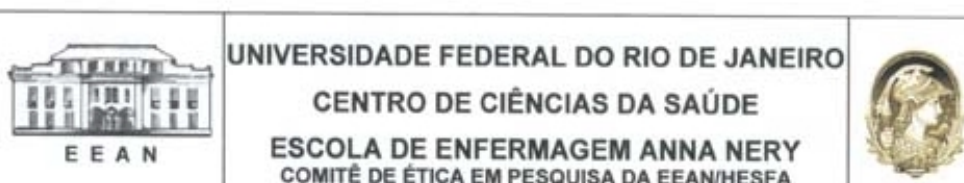
Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a 01 (hum) ano e /ou ao término do desenvolvimento da pesquisa.

Rio de Janeiro, 31 de agosto de 2004

*Marcia Tereza Luz Lisboa*

Marcia Tereza Luz Lisboa  
 Coordenadora do CEP

Prof.ª Ir.ª Marcia Tereza Luz Lisboa  
 Coordenadora do CEP / EEAN e HESFA  
 SIAPE 0062491



Protocolo nº 015/04

Título do Projeto: **O desafio da família e do adolescente no cuidado domiciliar da criança prematura: medindo temas no ato educativo dialógico de enfermagem junto a família**

Pesquisador Responsável: **Ivone Evangelista Cabral**

Instituição onde a pesquisa será realizada: **Centro Integrado de Educação Pública – 241 – Nação Mangueira**

### SUGESTÕES

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA sugere ao pesquisador:

- Elaborar um TCLE menor de forma que a leitura não seja longa, podendo se tornar cansativa.

Rio de Janeiro, 31 de agosto de 2004.



Marcia Tereza Luz Lisboa  
Coordenadora do CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO

Rio de Janeiro 23 de setembro de 2004.

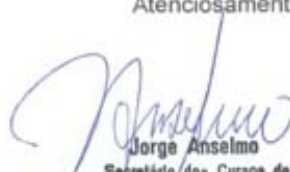
*CAP 1.0*  
*Supervisor Operacional dos Programas de PACS/PFS/AP1.0/GAT*  
*Enfermeiro Carlos Marins*

### CARTA DE APRESENTAÇÃO

Apraz-nos apresentar a aluna **BRÍGIDA NEIDE ROCHA LIRA** regularmente matriculada no Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob o nº 103160965.

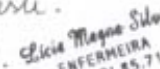
Outrossim vimos solicitar autorização para que a supra referida, possa coletar dados na comunidade do morro da Mangueira bem como pesquisar e consultar a documentação no posto de saúde da Mangueira, com a finalidade de desenvolver sua Tese de Mestrado.


Atenciosamente,

  
Jorge Anselmo  
Secretário dos Cursos de  
Pós-Grad./EEAN/UFRJ  
Matr. 0380955

Rua Afonso Cavalcanti, 275 - Cidade Nova - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20211 - 110  
Telefax: (21) 2293-8148

Recebido por Lúcia Magna Silva  
com cópia do Projeto, em anexo a este.

Em 24/09/04. *dsf.*   
Lúcia Magna Silva  
ENFERMEIRA  
COREN-RJ 85.711


  
 Prefeitura
   
 SAÚDE
   
 Coordenação de Saúde da AP1.0
   
 Supervisão Operacional dos PACS/PSF

CADASTRADO
   
 INSCAD
   
 5/96C/OSC

A ILMA SRA
   
 COORDENADORA DE PROGRAMAS DE SAÚDE DA COMUNIDADE
   
 DRA LUCIANA MARIA BORGES DA MATTA SOUZA

Rio de Janeiro, 27 de setembro de 2004.

Estamos encaminhado, em anexo, para vossa apreciação a CARTA DE APRESENTAÇÃO e o PROJETO DE PESQUISA: *O DESAFIO DA FAMÍLIA E DO ADOLESCENTE NO CUIDADO DOMICILIAR DA CRIANÇA PREMATURA – MEDIANDO TEMAS NO ATO EDUCATIVO DIALÓGICO DA ENFERMAGEM JUNTO À FAMÍLIA*, da mestranda **Brígida Neide Rocha Lira**, da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ. A mesma informou que o projeto já foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital Escola São Francisco Xavier.

Aguardamos vosso parecer para posterior autorização, à referida mestranda, iniciar sua coleta de dados.

'A s/psf com vistas ao s/cst -  
 para avaliações de projetos, considero  
 de bastante relevante para a  
 coordenação.

Atenciosamente,

p/ CARLOS MARINS
   
 10/120340-5

Supervisor Operacional do PACS/PSF da AP 1.0


  
 Licia Magno Silveira
   
 ENFERMEIRA
   
 COREN-RJ #5.711

Em 28/09/04

Lúcia M. M. Silveira
   
 Coord. de Saúde da Comun.
   
 Sec. Municipal de Saúde
   
 Matr. 111154182-8



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2004.

**Ao Ilmo Presidente do Comitê de Ética da SMS**

Venho por meio desta, solicitar vossa apreciação quanto ao meu pedido em contar com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Posto da Mangueira da AP-01, para minha inserção na Comunidade da Mangueira com a qual estou trabalhando em minha pesquisa de Mestrado pela EEAN/ UFRJ no projeto: **“O desafio da família e do adolescente no cuidado com a criança prematura no domicílio: mediando atos educativos dialógicos na prática de enfermagem.”** E que já foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do HESFA/ UFRJ (cópia em anexo).

Outrossim, informo –vos que como o Posto da Mangueira atende a comunidade em epigrafe, penso em poder contar não só, com o apoio dos ACS, mas também com os dados estatísticos referentes a população da Mangueira como: gênero, renda, grau de instrução entre outros, afim de dimensionar o contexto socioeconômico dos sujeitos da pesquisa.

Informo –vos ainda, que quando este projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética do HESFA/ UFRJ, as Folhas de Rosto do CONEP e o Curriculum Lates, seguiram em nome da minha orientadora Prof. <sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ivone Evangelista Cabral, por esse motivo não as envio com o parecer do Comitê de Ética, uma vez que já foram remetidos ao CONEP.

Considerando que a pesquisa inicialmente iria captar egressos do CIEP- 241 Nação Mangueirense, cuja autorização da Diretora Adjunta Maria Cristina Coelho, conferida no documento enviado ao CONEP e porque a amostra quanto aos adolescentes pertencentes à comunidade da Mangueira foram insuficientes, pois nem todos pertenciam a comunidade.

Recorri por esta razão, ao Posto de Saúde da Mangueira, onde fui orientada à remeter o meu projeto para a apreciação da Secretaria Municipal de Saúde e com o intuito de obter dados estatísticos e auxílio para inserir- me à comunidade.

Desta forma, penso em contar com a colaboração de vossa senhoria no sentido de que possa subir a comunidade com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde e ter acesso as informações estatísticas mencionadas.

Agradeço vossa atenção e gentileza. Atenciosamente,

*Brigida Neide Rocha Lira*

**Brigida Neide Rocha Lira**

Recebido em 05.11.04  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 SECRETARIA II  
 SICIPTORNIÓDIO  
 Matr. 12.013.121-9

1101

**SAÚDE**Coordenadoria de Recursos Humanos  
Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos  
Departamento de Intercâmbio Cultural e Desenvolvimento Científico

Memorando S/CRH/DRH/DIC N° 91

Rio, 09/11/04

DE: S/CRH/DRH/DIC

PARA: PS Mangueira

REF.: AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA REDE

Considerando o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa e o consentimento da Unidade, liberamos a pesquisa:

**TÍTULO:** " O Desafio da família e do adolescente no cuidado domiciliar da criança prematura – mediando temas no ato educativo diálogo da enfermagem junto à família ."

**SOLICITANTE:** Brígida Neide Rocha Lira .

**INSTITUIÇÃO:** UFRJ.

Solicitamos o repasse dos resultados à S/CRH/DRH.

**SALESIA FÉLPE DE OLIVEIRA**  
Diretora

Departamento de Intercâmbio Cultural e Desenvolvimento Científico



**Presidente**  
Álvaro Luiz Caetano

**Vice Presidente**  
Eli Gonçalves da Silva

**DE: ATENDIMENTO COMUNITÁRIO**

**AO: GRESEP-MANGUEIRA**  
**A/C SRª ELI GONÇALVES – (PRESIDÊNCIA)**

**ASSUNTO: ENTREVISTA**

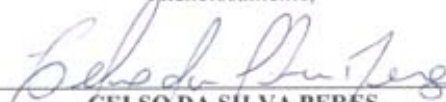
**DATA: 15/12/2004**

Estamos encaminhando as enfermeiras, BRIGIDA NEIDE ROCHA LIRA e MARILIA APARECIDA COELHO FRAIA DE SOUZA, onde a primeira está desenvolvendo sua pesquisa de mestrado pela Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ, defendendo a seguinte tese: Desafio da Adolescente e sua Família no Cuidado com Prematuro no Domicílio: Mediando Práticas no Ato Dialógico em Enfermagem, tendo como área de atuação a comunidade de Manguueira juntamente com apoio do nosso Posto de Saúde no Programa Social da Manguueira, autorizado pelo Sr] Francisco de Carvalho, Vice Presidente de Esporte e Desenvolvimento Social, sendo acompanhada pela Coordenação Comunitária.

Visando obter maiores esclarecimentos relacionados a área de atuação e desenvolvimento direcionado a Escola de Samba estamos encaminhando as mesmas aos seus cuidados.

Certo do atendimento enviamos votos de cooperação mútua.

Atenciosamente,

  
**CELSO DA SILVA PERES**  
**COORDENADOR SOCIAL COMUNITÁRIO**

*Verificado em  
17/12/04  
Mangueira*

FUNDADO EM 28 DE ABRIL DE 1928 HOME PAGE: [www.manguueira.com.br](http://www.manguueira.com.br)

SEDE-PALÁCIO DO SAMBA  
R. Visconde de Niterói 1072 – Mangueira  
Rio de Janeiro – CEP 20943-001  
Tel: (21) 2567-4637

VILA OLÍMPICA  
R. Santos Melo, 73 – S. Francisco Xavier  
Rio de Janeiro – CEP: 20960-030  
Tel/Fax: (21) 2581-4636