

# CUIDADOS MATERNOS A CRIANÇAS DE BAIXO PESO AO NASCER MOTHERS' CARE TO THE LOW BIRTH WEIGHT INFANT CUIDADOS MATERNOS A NIÑOS CON BAJO PESO AL NACER

Débora Falleiros de Mello\*  
Semiramis Melani Melo Rocha\*\*  
Danielle Cristine Martins \*\*\*  
Susana Zanardo Chiozi\*\*\*\*

Mello DF, Rocha SMM, Martins DC, Chiozi SZ. Cuidados maternos a crianças de baixo peso ao nascer. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(3): 262-9.

## RESUMO

*Este estudo é descritivo exploratório e teve por objetivo caracterizar os relatos maternos sobre o cuidado à saúde de crianças de baixo peso ao nascer no primeiro e segundo ano de vida, através de entrevistas domiciliares com um grupo de onze mães de crianças procedentes de Ribeirão Preto - SR De modo geral, as mães apontam dificuldades no cuidado de amamentar o bebê, alimentação e uso de medicação, referem preocupações com as intercorrências, reinternações e desenvolvimento psicomotor, implicando na necessidade de suporte profissional para avaliar e acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento infantil no cotidiano das famílias.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado da criança. Baixo peso ao nascer. Enfermagem pediátrica.

## ABSTRACT

*This is an exploratory and descriptive study which aimed at characterizing mothers' accounts on the care given to the health of children with low weight at birth during their first and second years of life by means of home interviews with a group of eleven mothers of children from Ribeirão Preto - SR The mothers pointed to difficulties with breastfeeding, the babies' diet and medication use. They also referred to concerns about intercurrents, re-hospitalizations and psychomotor development, which results in the need for professional support in order to evaluate and follow the growth and development process of children within families' everyday life.*

**KEYWORDS:** Child care. Infant, now birth weight. Pediatric nursing.

## RESUMÉN

*Este estudio es descriptivo exploratório y tuvo por objetivo caracterizar los relatos maternos sobre el cuidado a la salud de niños con bajo peso al nacer en el primero y segundo año de vida, a través de entrevistas domiciliarias con un grupo de once madres de niños procedentes de Ribeirão Preto - SR De modo general, las madres apuntan dificultades en el cuidado relacionados a la lactancia del bebé, alimentación y uso de medicación. Refieren preocupaciones con las intercurrências, reinternaciones y desarrollo psicomotor, implicando en la necesidad de soporte profesional para evaluar y acompañar el proceso de crecimiento y desarrollo infantil en el cotidiano de las familias.*

**PALABRAS-CLAVE:** Cuidado del niño. Recien nacido de bajo peso. Enfermería pediátrica.

---

\* Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP E-mail: amello@keynet.com.br

\*\* Enfermeira, Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

\*\*\* Enfermeira, Pós-graduanda do Programa de Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

\*\*\*\* Aluna do 7º semestre de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP - USP, bolsista IC -- CNPq Cuidados maternos a crianças de baixo peso ao nascer

## INTRODUÇÃO

As crianças de baixo peso ao nascer podem ter maiores riscos de seqüelas em seu processo de crescimento e desenvolvimento, como distúrbios orgânicos, cognitivos e psicossociais, evidenciando que a alta hospitalar após o nascimento não significa a resolução de todos os problemas de saúde, sendo necessário o seguimento a longo prazo<sup>(1-4)</sup>.

O baixo peso ao nascer é considerado um tradicional fator de risco para a morte de crianças entre o nascimento e o primeiro ano de vida. A incidência varia de acordo com o país ou região em função das condições socioeconômicas; no Brasil a média é de 10,2%, variando de acordo com a região de 8,6% a 12,2%<sup>(5)</sup>. Em 1998 e 1999, no Estado de São Paulo, tivemos em torno de 8,5% dos nascimentos abaixo de 2500g<sup>(6)</sup>.

Estudos demonstram um maior número de intercorrências e readmissões hospitalares entre as crianças de baixo peso ao nascer e prematuras, a necessidade de intervenções terapêuticas mais complexas e freqüentes, principalmente no primeiro ano de vida, tempo de permanência hospitalar prolongado, envolvendo altos custos dessa assistência e representando um grande ônus social que interfere na qualidade de vida<sup>(7-8)</sup>.

Para avançar na perspectiva da integralidade e qualidade da assistência à criança e sua família, torna-se imprescindível a articulação entre os serviços de alta complexidade e os serviços primários<sup>(9-11)</sup>. A enfermagem tem tido papel fundamental na assistência e no preparo para a alta hospitalar de crianças de baixo peso ao nascer, na transição do hospital para o domicílio, na realização de visitas domiciliares e no suporte aos pais, aspectos importantes para a garantia da continuidade do cuidado, avaliação da saúde do bebê, diminuição da ansiedade dos pais, contribuição para redução de custos hospitalares, facilitando a alta precoce, o vínculo materno e familiar e o estabelecimento do elo entre o hospital e a rede ambulatorial que acompanha esse bebê<sup>(12-17)</sup>. Depreendemos que, em geral, essas investigações abordam o cuidado à criança de baixo peso ao nascer, principalmente, no período neonatal e no pós-alta imediato, sendo necessário trazer outras contribuições para além desse momento. Assim, este estudo tem como objetivo compreender os cuidados maternos à saúde de crianças de baixo peso ao nascer nos dois primeiros anos de vida, buscando conhecer a experiência das mães quanto às necessidades, preocupações e estratégias que utilizam para cuidar dos filhos.

## METODOLOGIA

Esta investigação configura um estudo descritivo exploratório, que procura caracterizar os cuidados à saúde de crianças de baixo peso ao nascer nos dois primeiros anos de vida através de entrevistas com as mães. Esse tipo de estudo busca observar, descrever e documentar aspectos de uma situação que naturalmente ocorre, trazendo uma abordagem qualitativa que tem como fundamento que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida pelos seus próprios atores<sup>(18)</sup>. A escolha da técnica de investigação por entrevistas tem o sentido de explorar as especificidades do cuidado à saúde de crianças de baixo peso com base nos relatos das mães.

A narrativa das mães possibilita conhecer aspectos das necessidades, preocupações e estratégias que elas utilizam para cuidar da saúde dos filhos, bem como determinações sociais mais amplas de suas condições de existência<sup>(19)</sup>.

Este estudo foi desenvolvido no município de Ribeirão Preto, localizado na região nordeste do Estado de São Paulo. Ribeirão Preto possui, atualmente, onze hospitais, sendo que dez atendem recém-nascidos, entre outras clientela e especialidades, e uma rede básica de saúde com trinta Unidades Básicas de Saúde, distribuídas em diferentes bairros da cidade. No tocante aos dados sobre nascimentos ocorridos no município, depreende-se que 99,9% dos partos são hospitalares e, na distribuição do peso de nascimento, os recém-nascidos considerados de peso normal perfazem 86%, enquanto o índice de baixo peso ao nascer, em 1999, foi em torno de 10%, e o de prematuridade 8,9%<sup>(20)</sup>.

Nesta investigação, procurando apreender algumas especificidades da temática em questão, a escolha das mães foi permeada de intencionalidade, focalizando e particularizando um grupo de mães. Em uma fase exploratória selecionamos os hospitais do município com maior número de nascimentos de crianças de baixo peso ao nascer, englobando uma instituição privada e outra pública. A partir da escolha dos hospitais e da aprovação do projeto em Comitê de Normas Éticas em Pesquisa, iniciamos uma série de visitas semanais aos dois locais, realizando um levantamento de prontuários de crianças de baixo peso ao nascer e residentes em Ribeirão Preto, dialogando com as mães, explicando os objetivos da pesquisa, solicitando sua participação e consentimento. A coleta de dados empíricos foi realizada nos domicílios, através de duas entrevistas com as mães, uma após as crianças completarem um ano e outra após os dois anos de idade. O grupo de onze mães foi selecionado após o nascimento da criança, partindo de estudo realizado

anteriormente<sup>(16)</sup>, em que abordou o cuidado de enfermagem no seguimento de crianças de baixo peso durante o primeiro mês após a alta hospitalar. Ao final desse estudo, recebemos o consentimento das mães para dar continuidade com esse grupo de crianças, através de visitas domiciliares após o primeiro e o segundo ano de vida.

As visitas domiciliares visavam um contato com as mães fora dos serviços de saúde e nos relatos orais partíamos de duas perguntas norteadoras: "Como foi cuidar do seu filho nesse primeiro ano?" e "Como foi cuidar do seu filho nesse segundo ano?", buscando incentivar a descrição de situações do cotidiano no cuidado à saúde das crianças.

Na análise dos dados, iniciamos com a ordenação dos mesmos a partir da transcrição integral das fitas gravadas e da leitura do material empírico, preservando as falas dos entrevistados. Passamos à leitura e releitura com o propósito de encontrar as palavras e as frases que se repetiam ou que tivessem destaque procurando, assim, a regularidade. O material foi selecionado e agrupado de acordo com a semelhança entre os relatos dos entrevistados, a partir de recortes das entrevistas, destacando as idéias relevantes<sup>(21-22)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente são apresentadas algumas características das crianças e mães estudadas e a seguir os cuidados domiciliares à saúde da criança de baixo peso, englobando os temas: **cuidados cotidianos, seguimento, observando o desenvolvimento infantil e redes de apoio**, apreendidos a partir dos relatos maternos.

### Caracterização das Crianças e Mães Investigadas

As doze crianças visitadas nasceram no período de julho a novembro de 1997, cinco são do sexo feminino e sete do masculino. O peso ao nascimento variou de 1150g a 2385g e a idade gestacional de 29 a 39 semanas. Dez mães tiveram gestação única e uma gemelar, seis são primigestas, duas secundigestas e três multigestas; nove tiveram parto cesárea, uma fórceps e uma normal. A duração da internação teve variação de 6 a 72 dias, dez crianças passaram pela Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), sendo que sete em hospital público e cinco em privado.

Quanto às características maternas, a idade variou de 16 a 42 anos e a escolaridade de 3 a 15 anos de estudo. Das onze mães entrevistadas, nove são do lar, uma escriturária e uma doméstica. O número de moradores no domicílio é de três a sete membros; nove famílias residem em casa de alvenaria, sendo seis situadas em conjuntos habitacionais da região periférica do município e duas famílias em favela.

Depreendemos que para a mãe mais jovem, primigesta, com baixa escolaridade ou em condições de moradia menos satisfatórias, as noções sobre higiene, medidas de prevenção, observação de sinais e sintomas na criança refletiam no cuidado cotidiano da criança, requerendo suporte profissional.

### Cuidados Domiciliares à Saúde da Criança: a visão materna

Primeiramente, abordamos o tema **cuidados cotidianos**, que incluem aspectos sobre a amamentação, alimentação, uso de medicações, vacinação e cuidados físicos às crianças.

Em relação à amamentação, das onze mães entrevistadas, nove amamentaram o bebê durante a hospitalização e duas não amamentaram, conforme os relatos a seguir:

*"Eu não consegui amamentar, acho que estava preocupada com elas (gêmeas), por serem prematuras, fiquei muito ansiosa e o leite não desceu". (Mãe 11, 34 anos)*

*"Eu não podia visitar todo dia no hospital, mas eu tirava o leite e meu marido passava lá antes de ir pro serviço e entregava o leite". (Mãe 1, 23 anos)*

Nove mães continuaram a amamentar o bebê após a alta hospitalar, e dessas, duas foram até o primeiro mês, duas até o terceiro mês, quatro até o sexto mês e uma ainda estava amamentando após um ano de idade da criança. Em uma pesquisa nacional sobre saúde e nutrição, realizada na década de 80, foram constatados alguns fatores que contribuem para a persistência do desmame precoce, destacando a demora da primeira mamada, ausência de unidades de alojamento conjunto nas maternidades, o baixo peso ao nascer e a prematuridade<sup>(23)</sup>. No estudo realizado pela autora<sup>(24)</sup>, que analisou a vivência cotidiana de mulheres sobre a prática da amamentação, elas colocavam que além do valor nutritivo e imunológico do leite materno, a amamentação representa um ato de doação e sacrifício, exigindo delas atributos como dedicação, paciência e vontade. Outra investigação, ao estudar a perspectiva materna sobre amamentação de crianças prematuras, identificou que as mães expressam que o leite materno preserva a vida do frágil prematuro, facilita o estabelecimento do vínculo, é importante para promover o crescimento e desenvolvimento saudável da criança e complementa a maternidade, mas as mães também colocam a amamentação como uma prática difícil e desgastante, podendo essas concepções não garantir o sucesso do aleitamento em situação de prematuridade<sup>(25)</sup>.

Compreendemos que a amamentação representa um forte elo de ligação com o filho e requer muitos cuidados para sua continuidade além do período neonatal, implicando em suporte formal de profissionais de saúde, em particular da enfermagem, tanto na época da hospitalização como após a alta do bebê, auxiliando a mãe em aspectos mais técnicos para ordenhar o leite, armazená-lo, transportá-lo até o bebê hospitalizado, assim como o apoio emocional para o sucesso desse cuidado. A amamentação também requer suporte informal, na figura do marido, avós, vizinhas, entre outras, incentivando e auxiliando a mãe.

No tocante aos aspectos físicos, alimentares, terapêuticos e a vacinação no primeiro e segundo ano de vida foram relatados como cuidados que supriam necessidades básicas de conforto, higiene corporal, vestuário, alimentação diária, hidratação e uso de medicações. Alguns relatos evidenciam esses aspectos:

*"Agora elas estão espertas, são umas gracinhas, brincam. Dar a mamadeira é difícil, no começo demoravam demais, engasgavam, até ficavam pretinhas, preocupava muito. Isso foi melhorar depois do sexto mês". (Mãe 11, 34 anos)*

*"Ela tomou o Prepulsid até 1 ano e 4 meses, passou a ter otites aí voltaram a dar o Prepulsid, fizeram um exame e viram que ainda tinha um pouco de refluxo, mas o leite já está tomando o normal, não precisa mais engrossar com maisena". (Mãe 9, 42 anos)*

*"Ele ainda está mamando no peito, já fez dois anos e não quer mamadeira e nem leite no copo. As vezes, no copo quando eu ponho leite com nescau, ele vai lá e bebe um pouco. Eu vou tirar, eu resolvi tirar, esses dias ele está dormindo sem mamar. Ele está comendo bem, inclusive dá conta de comer sozinho. Gelatina ele gosta, de carne, batata, ele come batata na mão, arroz e feijão, pão e bolo". (Mãe 8, 25 anos)*

*"Até um ano ele não comia, só queria doces, tentava dar frutas e comida, ele ficou com um pouco de anemia". (Mãe 3, 37 anos)*

*"As vacinas estão em dia, ele não teve reações, às vezes eu dava novalgina". (Mãe 7, 17 anos)*

Depreendemos que as mães apontam preocupações mescladas com prazeres nos cuidados diários às crianças. O processo de cuidar, englobando as dimensões técnica, política e de interação, implica trabalhar as necessidades da criança com o envolvimento da família, e o enfermeiro, juntamente com os demais profissionais de saúde, articulando o cuidado à criança, sua família, os serviços de saúde e a comunidade<sup>(16)</sup>. E de extrema importância que a assistência esteja permeada por

uma interação facilitadora para o crescimento e desenvolvimento infantil e com superação de dificuldades ligadas ao processo saúde-doença, compartilhando os cuidados e considerando os conhecimentos, experiências e habilidades do enfermeiro, da criança e da família, atentando para o contexto social, sistema de hábitos e valores da criança e dos familiares<sup>(26)</sup>

O tema **seguimento** engloba aspectos sobre a continuidade da assistência após a alta hospitalar e as repercussões da prematuridade e do baixo peso ao nascer. Os cuidados às crianças de baixo peso ao nascer realizados no domicílio também estão em consonância com o seguimento realizado nos serviços de saúde. Em relação ao seguimento do bebê após a alta hospitalar, todas as mães entrevistadas tiveram retorno agendado para seus filhos, sendo que sete delas tiveram retorno marcado na unidade básica de saúde e no hospital de ensino, três pelo convênio e uma, somente no hospital de ensino. As mães com seguimento previsto pelos serviços públicos receberam duas datas para consulta médica em torno do décimo quinto dia após a alta da criança. Para as usuárias de convênios de saúde, o primeiro agendamento ocorreu no final da primeira semana após a alta, nos consultórios particulares dos pediatras.

O seguimento após a alta de crianças de baixo peso ao nascer é preconizado para iniciar na primeira semana, garantindo precocidade e continuidade no acompanhamento da criança<sup>(16,27)</sup>. É preconizado o acompanhamento até a idade escolar, incluindo avaliação cognitiva, com periodicidade bimensal até um ano de idade, quadrimestral até dois anos e semestral acima de dois anos<sup>(4)</sup>

As mães investigadas mencionaram que, no primeiro ano de vida, as crianças apresentaram intercorrências clínicas desde quadros leves de diarreia e infecções de vias aéreas superiores até otites, rinite, anemia ferropriva, pneumonia, uma teve varicela e três foram rehospitalizadas, duas por dois episódios de pneumonia cada uma e outra criança para realização de cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal, em decorrência da ileostomia após enterocolite necrosante, aos 3 meses de vida. Apresentamos alguns relatos a seguir:

*"Foi trabalhoso quando ela veio para casa, tomava aqueles remédios, eu controlava, tinha horas, tinha prepulsid, muita coisinha, era pequenininha, eu encostava o bebê-conforto, eu passava a noite inteira segurando, porque eu tinha medo dela ter refluxo, eu fui ficando estressada, ela chorava, eu não tinha paciência. Ela foi pra casa em novembro, eu voltei a trabalhar em fevereiro, em junho eu tava magra, não tinha fome, eu fiquei doente e depois ela*

*também , nós duas com pneumonia, eu fiquei internada num hospital e ela no outro.". (Mãe 9, 42 anos)*

*"Olha, ele teve muito doente, até dezembro ele teve seis pneumonias e ficou uma vez internado. Era muita tosse, ficava cansadinho, aí já tava doente". (Mãe 10, 23 anos)*

*"Até uns dez meses ele teve muita diarreia e otite, era quase uma atrás da outra. Eu levava no posto e no hospital, fez acompanhamento, fez exames, audiometria com fono, agora só volta em maio ". (Mãe 3, 37 anos)*

*"Uma vez ela estava com muita tosse, o médico estava viajando e fui em outro pediatra e quando ele fez o exame mediu a cabecinha e achou que tava muito grande, pediu um ultrassom e deu hemorragia peri-intraventricular, era grau III. Ela precisou ficar acompanhando, fez vários exames de ultrassom até 1 ano. Foi muita preocupação com ela. Agora o cisto desapareceu, o líquido foi absorvido e não interferiu no desenvolvimento dela ". (Mãe 11, 34 anos)*

As falas das mães trazem preocupações e sofrimentos com o cuidado à criança ao longo do primeiro ano de vida, indicando certa percepção dos problemas de saúde resultantes da prematuridade e do baixo peso ao nascer. A autora<sup>(28)</sup> investigou a duração das preocupações maternas relacionadas à prematuridade e coloca que para algumas mães isso se dá com a alta hospitalar, diminuindo ao final do primeiro mês, e outras mães referiram não saber quando terminam essas preocupações. As mães apontam como maior preocupação a alimentação das crianças e mostram-se relutantes em deixá-las com parentes ou babás por serem prematuras.

Após a alta hospitalar dessas crianças, é recomendada a organização de um programa de seguimento, que priorize avaliação sistemática do tônus, avaliação neurológica, fundoscopia indireta binocular, avaliação visual, triagem auditiva, avaliação da maturidade sensoriomotoral, avaliação do desenvolvimento e acompanhamento das necessidades da criança e da família, implicando em um seguimento sistematizado e interdisciplinar<sup>(29)</sup>. Além da importância do diagnóstico e da terapêutica, visando tratamento, detecção precoce e redução da morbimortalidade, a criança e a família necessitam de cuidados básicos, qualquer que seja a fragilidade ou o dano, requerendo atenção profissional, em especial da enfermagem, para estar junto no cuidar<sup>(16)</sup>

Em relação ao tema **observando o desenvolvimento infantil**, depreendemos aspectos sobre a atenção e preocupação maternas no acompanhamento da criança com o passar do tempo, mais evidentes por ocasião da segunda entrevista, quando as crianças estavam com dois anos de idade, como expressam estes exemplos:

*"Eu pensava que ia demorar andar aí andou com 1 ano e 3 meses. Agora é a fala, ele fala mãe, mamã e dá, tudo que ele quer tem que apontar, troca as letras, escuta bem, mas não fala bem ". (Mãe 8, 25 anos)*

*"Eu achei até um ano o desenvolvimento mais lento, comparando com meu menino, ele era mais durinho, mais esperto. Depois de um ano elas desenvolveram mais, ficaram mais livres. Agora estão gaguejando, tem hora que é demais, será que tem algum problema? Será que é da idade? Será que vai passar? ". (Mãe 11, 34 anos)*

*"Às vezes, eu preocupo que ele é muito agitado, fica mexendo, brigando ". (Mãe 7, 17 anos)*

*"Quando ela foi para a creche ela desenvolveu muito mais do que em casa, você conheceu onde eu morava, não tinha estrutura nenhuma, a creche tem estrutura como muitas casas aí não têm, confio muito nela. Só não obedecia por que eu colocava andador e o pessoal não gosta de botar andador, mas ela era muito parada, ela não reagia, a gente ficava comparando, ela sentava toda mole, a outra com a mesma idade já andava". (Mãe 10, 41 anos)*

Depreendemos que há preocupações com aspectos do desenvolvimento psicomotor, levantando comparações com outros filhos ou outras crianças da mesma idade. No estudo da autora <sup>(28)</sup> aparecem extremos, em que mães algumas vezes ou muito ocasionalmente fazem comparações e outras que freqüentemente comparam as diferenças no progresso desenvolvimental, checando tamanho, peso, crescimento, dentição, deformidades e atraso no desenvolvimento.

As condições de nascimento da criança, suas necessidades de cuidados especiais ao longo da infância e a solicitação que é colocada para a mãe podem ultrapassar suas possibilidades de atenção, na maioria das vezes, reforçando fantasias de incapacidade em desempenhar a função materna de cuidadora e estimuladora da criança. Em certos casos, é observado que a criança pode provocar intensa irritabilidade,

determinando, de forma reativa, uma preocupação excessiva, dificultando a colocação de limites, que as impede, tanto a mãe como a criança, de libertar-se do estereótipo de fragilidade pela prematuridade<sup>(30)</sup>.

Os distúrbios de desenvolvimento, sejam cognitivos, de conduta ou dificuldades específicas de aprendizagem, não são exclusividade de crianças prematuras e de baixo peso ao nascer. Entretanto, um número significativo de crianças oriundas de tratamento intensivo neonatal pode apresentá-los. Os distúrbios, principalmente cognitivos e afetivos, são decorrentes de múltiplas causas, relacionadas a danos importantes no âmbito biológico, além de questões complexas de ordem social e afetiva<sup>(30)</sup>. Essas crianças são consideradas mais vulneráveis, especialmente a riscos leves em áreas nobres do desenvolvimento, e o conhecimento amplo desses aspectos ainda é uma incógnita para a\* área de neonatologia, tornando-se necessário estudos que permitam caracterizar essa população, estabelecer fatores predisponentes a maior ou menor vulnerabilidade, compreender as necessidades de cuidado e seguimento da criança e família.

O tema **redes de apoio** aborda aspectos do suporte informal e social no cuidado cotidiano às crianças. As mães enfatizaram as fontes de suporte informal como de grande ajuda após a alta hospitalar no cuidado à criança. No domicílio, o suporte informal que as mães receberam foi por parte do marido, avós, amigas e vizinhas. Todas as mães entrevistadas puderam cuidar dos bebês em casa no período pós-alta, sendo que uma voltou a trabalhar após o segundo mês e outra após o quarto mês de vida de seus bebês e as nove restantes cuidaram dos bebês durante o primeiro e o segundo ano de vida. Para trabalhar uma mãe contou com a creche próxima ao seu trabalho para deixar o bebê e a outra mãe obteve ajuda da avó materna. A presença de outras pessoas, ou seja, marido, avós, amigas, vizinhos, no cuidado domiciliar das crianças configura uma rede de suporte informal que auxilia no cuidado direto da criança, nos afazeres domésticos, no cuidado dos filhos mais velhos, ajuda financeira, assim como emocional, como podemos observar nestes relatos:

*"No começo minha vizinha me ajudou muito, lavou roupa, fez comida, limpou casa, eu não dava conta de fazer tudo e cuidar dela". (Mãe 1, 23 anos)*

*"Minha mãe me ajuda a comprar muitas coisas e a minha sogra está ajudando também porque o E. está sem emprego". (Mãe 2, 17 anos)*

*"Sem a minha mãe não seria possível cuidar delas (gemelares), dá trabalho cuidar de duas ao mesmo tempo.*

*Minha mãe mudou pra cá, é minha vizinha agora e isso ajuda muito". (Mãe 11, 34 anos)*

Observamos que a ajuda das avós esteve ligada às mães adolescentes e no caso das crianças gêmeas; as vizinhas ajudaram a cuidar da criança e da casa. A participação do pai, em alguns casos, foi significativa não só dando apoio no cuidar da criança, mas também apoio afetivo e financeiro.

Algumas mães também relataram outras relações sociais, observe os relatos:

*"Eu vou sempre no culto da Igreja Evangélica, esses dias não estou indo, mas eu quero ir domingo e eu levo ela comigo". (Mãe 1, 23 anos)*

*"Eu estou indo quase todos os dias na Igreja, a Igreja fica aqui em frente de casa, acho que ele já acostumou com o barulho, com a música... na Assembléia de Deus vai todo mundo, meu marido, minha sogra, as irmãs dele, o pessoal todo aqui de perto. É bom pra gente rezar e conversar um pouco". (Mãe 10, 24 anos)*

Esses momentos conformam redes de relações além dos serviços de saúde, permitindo maior bem estar para as mães e a família. Dois componentes identificam-se no suporte social descrito como fonte de recursos de ajuda providos por outra pessoa: o formal, relacionado à ajuda realizada por profissionais, e o informal, vindo da família, amigos e vizinhos<sup>(28)</sup>. O suporte informal é considerado também social e é retratado na literatura como tendo quatro componentes: auxílio emocional, que promove confiança, afeição, interesse e estima; auxílio avaliativo, que permite afirmações, retornos e comparação social; auxílio informativo, através de conselhos, sugestões e informações; e auxílio instrumental, através do trabalho, ajuda financeira e disponibilidade de tempo<sup>(28,31)</sup>.

Suporte social não tem um único significado, sendo portanto complexa a definição de tal termo. Em linhas gerais, o suporte social tem sido referido como um fator mediador de eventos estressantes da vida e comportamentos sociais de ajuda<sup>(32)</sup>. Também tem sido proposto que o suporte social seja um fator protetor na etiologia de certas doenças, aumentando a habilidade do indivíduo em evitá-las ou de amenizar suas conseqüências<sup>(33-34)</sup>.

Compreendemos que a enfermagem pode contribuir para avaliar a situação familiar e ajudar a incrementar o suporte informal, trazendo benefícios de autoconfiança materna para um adequado processo de crescimento e desenvolvimento das crianças.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O seguimento de crianças de baixo peso ao nascer, realizado em ambulatórios especializados, na rede básica de serviços de saúde ou em visitas domiciliares constitui um suporte formal para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, envolvendo aspectos biológicos, técnicos, políticos, sociais e afetivos. Compreendemos ser de extrema importância programas de acompanhamento sistematizado dessas crianças, objetivando o suporte familiar, atenção continuada, avaliação do crescimento, do desenvolvimento, do equilíbrio psicoafetivo da criança e família, e identificação precoce de riscos e danos. Nos atendimentos devem ser incluídos basicamente, o exame físico da criança; avaliação do crescimento pondero-estatural, neurológica, visual e auditiva; ultrassonografia

cerebral; exames laboratoriais; fundoscopia indireta; medidas antropométricas. O seguimento inclui, ainda, busca ativa das crianças, visitas domiciliares com maior duração e retornos ao domicílio para acompanhar e buscar compreender os vários aspectos vivenciados pela mãe, pela criança e pela família.

O entendimento é de que cada vez mais precisamos desenvolver o cuidado e a atenção, não oferecendo apenas reabilitação e tratamento, mas a prevenção dessa vulnerabilidade e promoção da saúde da criança, nos aproximando mais do cuidado cotidiano, estabelecendo canais de comunicação e sendo parceiros da história dessas famílias. Os profissionais de saúde, em particular a enfermagem, têm possibilidades de construir uma prática de saúde com relações de proximidade, acolhimento e de interação, proporcionando melhoria da qualidade do cuidado à saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Weldt E, Valenzuela B, Angelo G, Munoz E, Gomez S, Lev/ML. et al. Seguimiento de niños con peso al nacer inferior a 1500g. *Rev Chil Pediatr* 1989; 60(3): 129-134.
- (2) Barbosa NMM, Cabral AHL, Silva OPV, Moszkowicz B. Follow up do bebê de risco. *Temas de Pediatria Nestlé* 1993; 53 Supl: 1-36.
- (3) Zahr L. An integrative research review of intervention studies with premature infants from disadvantaged backgrounds. *Mat-Child Nurs J* 1994; 22(3): 90-102.
- (4) Penalva O. Seguimento de bebês de alto risco. *Temas de Pediatria Nestlé* 1996; 53(1): 135-139.
- (5) Ministério da Saúde. Coordenação Materno Infantil. Manual de assistência ao recém-nascido Brasília; 1994.
- (6) Secretaria Estadual da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Centro Técnico de Saúde da Criança. Comitês de mortalidade infantil: um manual prático. São Paulo; 2000.
- (7) Mc Cormick MC, Workman-Daniels K, Brooks-Gunny, Peckham GJ. Hospitalization of very low birth children at school age. *J Pediatr* 1993; 3: 360-365.
- (8) Yürsel B, Greenough A. Birth weight and hospital readmission of infants born prematurely. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994; 148: 384-388.
- (9) Hurt H. Continuing care of the high-risk infant. *Clin Perinatology* 1984; 11(1): 3-10.
- (10) Avery GB. Neonatology: perspective in the mid-1990s. In: Avery GB, Fletcher MA, Mc Donald MG. *Neonatology: pathophysiology and management of newborn*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J. B. Lippincott; 1994. p. 3-7.
- (11) Mello DF, Scochi CGS, Nascimento LC. A comunicação interinstitucional na assistência de enfermagem às crianças prematuras e de baixo peso ao nascer. In: Mendes IAC, Carvalho EC, coordenadores. *Comunicação como meio de promover saúde*. Ribeirão Preto: FIERP; 2000. p. 219-222.
- (12) Minde K. The impact of prematurity on the later behavior of children and their families. *Clin Perinatology* 1984; 11: 227-243.
- (13) Mules MS. Parents of critically ill premature infants: sources of stress. *Critical Care Nurs* 1989; 12: 69-74.
- (14) McHaffie HE. Mothers of very low birth weight babies: how do they adjust? *J Adv Nursing* 1990; 15: 6-10.
- (15) Oehler JM. Developmental care of low birth weight infants. *Advances Clin Nurs Res* 1993; 28(2): 289-297.
- (16) Mello DF. O cuidado de enfermagem no seguimento de crianças prematuras e de baixo peso. [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1998.
- (17) Feliciano RAE 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. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999.
- (18) Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3<sup>ª</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- (19) Dytz JLG, Rocha SMM, Mello DF. A pesquisa em saúde infantil: a técnica do relato oral e o depoimento de mães. *Rev Esc Enferm USP* 1999; 33 (1): 49-58.

- (20) Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Informática. Sistema de informações sobre nascidos vivos. Ribeirão Preto (SP); 1999.
- (21) Bodgan R, Biklen S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora; 1994.
- (22) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3º ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1994.
- (23) Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Crianças e adolescentes: indicadores sociais. Rio de Janeiro; 1992.
- (24) Nakano AMS. O aleitamento materno no cotidiano feminino. [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1996.
- (25) Javorski M. Os significados do aleitamento materno para mães de prematuros em cuidado canguru. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1997.
- (26) Angelo M, Veríssimo MDLOR. O papel da enfermeira centrado na criança e na família. In: Sigaud CHS, Verissimo MDLOR. organizadores. Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. São Paulo: EPU; 1996. p. 89-96.
- (27) Ministério da Saúde. Coordenação Materno Infantil/ UNICEF. A monitorização da saúde da criança em situações de risco e o município. Brasília; 1996.
- (28) McLoughlin AM. Formal and informal support for mothers who have had a baby in neonatal intensive care unit. [thesis] Manchester: University of Manchester; 1995.
- (29) Lopes SMB. Organização de um programa de acompanhamento do recém-nascido de risco. In: Lopes SMB, Lopes JMA. Follow-up do recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 5-16.
- (30) Morsch DS. Prematuridade e desenvolvimento afetivo e cognitivo. In: Lopes SMB, Lopes JMA. Follow-up do recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 317-329.
- (31) House JS. Work, stress and social support. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing; 1981.
- (32) Crnic KA, Greenberg MT, Ragozin AS, Robinson NM, Basham RB. Effects of stress and social supports on mothers and premature and fullterm infants. Child Development 1983; 54: 209-217.
- (33) Pilisuk M. Delivery of social support: the social inoculation. Am J Orthopsychiatr 1982; 52: 20-31.
- (34) Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH, Scholnback VJ, Grimson R, Heyden's et al. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. Am J Epidemiology 1983; 117: 521-537.

**Artigo recebido em 18/04/01**

**Artigo aprovado em 24/08/02**