

28. Atención Primaria à Saúde

Redes de Apoio no Cuidado Domiciliar ao Recém-Nascido Prematuro: um relato de experiência

Silva, Lígia; Carlos, Diene

ligia.ufscar011@hotmail.com; diene_enf@hotmail.com

Departamento de Enfermagem

Universidade Federal de São Carlos

Resumo

Conforme relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil apresenta taxa de 19,88 mortes por mil nascidos vivos, sendo o componente neonatal (0 a 27 dias), o de maior contribuição. Um dos elementos que integra este cenário, são os nascimentos pré-termo ou prematuros, isto é, que ocorrem em idade gestacional inferior a 38 semanas. Os neonatos prematuros necessitam de acompanhamento integral ao seu desenvolvimento. Nesse sentido, é essencial que haja humanização na assistência à saúde, considerando a transferência do cuidado hospital-domicílio. Objetivou-se relatar a experiência da Visita Domiciliar no âmbito da Atenção Primária à Saúde, ressaltando a importância das Redes de Apoio no Cuidado ao Recém-Nascido Prematuro, em uma cidade do interior do Estado de São Paulo, Brasil. Trata-se de um estudo de caso direcionado por construção de um Mapa Mínimo da Rede Pessoal Social proposto por Sluski (1996). Teve como participante a mãe de um neonato prematuro, acompanhada por estudantes de Enfermagem durante duas visitas domiciliares. As visitas domiciliares possibilitaram empoderar o vínculo do binômio mãe-filho e permitiram a identificação de uma rede pessoal social fragilizada. A análise e descrição do Mapa Mínimo construído propiciou verificar dois problemas emergentes: família em isolamento social e pouco empoderamento individual. Trata-se de uma rede média, pouco densa, homogênea, com predominância de vínculos sociais e com vínculos ausentes e/ou rompidos. Os resultados denotam a importância de visitas domiciliares para a continuidade do cuidado hospital-domicílio, trazendo à reflexão a relevância das redes de apoio às famílias dos recém-nascidos prematuros.

Palavras chave: Recém-nascido prematuro, Apoio social, Humanização da assistência, Enfermagem.

Introdução

O Brasil alcançou importantes avanços nos indicadores de saúde de crianças, especialmente nos últimos 20 anos. Entre 1990 e 2012, a taxa de mortalidade infantil caiu 68,4%, chegando a 14,9 mortes para cada 1.000 nascidos vivos, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2018). Esta taxa está bastante próxima do nível considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de 10 mortes por 1.000 nascidos vivos. Neste aspecto, o Brasil superou a meta de redução da mortalidade infantil presente nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, antes do prazo acordado. Mudanças na organização do sistema de saúde e políticas públicas direcionadas a crianças, adolescentes e suas famílias; o aumento da escolaridade das mães; o aumento da cobertura vacinal; a melhoria no acesso ao saneamento básico e o estímulo social para a valorização do aleitamento materno são outros fatores contribuintes (Brasil, 2018).

Entretanto, após 26 anos de queda, o Brasil registrou em 2016 um aumento de 4,8% na taxa de mortalidade infantil. Segundo o Ministério da Saúde, o indicador foi afetado por questões relacionadas ao parto; à epidemia do vírus Zika e a mudanças socioeconômicas. É fato que as crianças são mais vulneráveis a doenças, problemas econômicos e sanitários (Brasil, 2018).

O componente neonatal (0 a 27 dias) representa, historicamente, o de maior

contribuição neste indicador (Organização Mundial da Saúde, 2015), em especial ocorrido nas primeiras 24 horas (França & Lansky, 2009). Um dos elementos que integra este cenário são os nascimentos pré-termo, ou seja, os ocorridos em idade gestacional inferior a 38 semanas. Da totalidade de nascimentos ocorridos no Brasil em 2016, 11,11% foram de crianças nascidas com idade gestacional inferior a 37 semanas (Brasil, 2018). Entre os fatores que contribuem para o nascimento pré-termo destacam-se comprometimentos placentários e de líquido amniótico, infecções maternas, idade materna (adolescentes) e primiparidade (condição de primípara, primeiro parto).

Considerando o exposto, é fundamental que os serviços e profissionais se organizem para o cuidado ao prematuro e sua família, essencialmente na transição do cuidado hospitalar-domiciliar. Estudos têm indicado que o cuidado ainda é direcionado apenas às mães, que expressam a importância do suporte social para tal (Morais, Quirino, & Almeida, 2009; Frota et al., 2013; Couto & Praça, 2012); muitas famílias não são orientadas para este cuidado durante a hospitalização (Frota et al., 2013; Souza et al., 2010); não recebem orientações sobre as redes formais que farão o acompanhamento do prematuro após alta hospitalar (Schmidt & Higarashi 2012; Castro & Bastos 2011); recomendação de inserção do familiar no plano de

enfermagem para a alta do prematuro (Couto & Praça, 2012).

Desta forma, é essencial a aposta na Atenção Primária à Saúde (APS), com garantia da visita domiciliar aos prematuros visto que é neste contexto – o domicílio – que o cuidado à saúde ocorre. Conforme apontado pela literatura, a rede e apoio social construída pelas famílias é relevante neste cuidado. Redes sociais se conceituam como recursos específicos para o apoio social. O intercâmbio de apoio social é a base principal para o desenvolvimento e a manutenção de relações sociais (Latkin & Knowlton, 2015). A literatura tem apresentado alguns tipos de apoio social, a saber: emocional; informativo e instrumental. O apoio emocional diz respeito ao sentimento de pertencimento, estima ou valoração; demonstrações de carinho e amor. Apoio informativo é a provisão de fatos ou conselhos que podem ajudar uma pessoa a resolver problemas. Apoio instrumental consiste no oferecimento ou suplementação de assistência material para dúvidas ou problemas práticos (Thoits, 2011). A revisão de literatura sobre apoio social traz que à partir da análise de redes sociais pode-se ter uma nuance da especificidade das relações sociais, e conseqüentemente, de seus efeitos no bem-estar e saúde individual (Latkin & Knowlton, 2015).

Finalmente, este estudo se justifica pela necessidade do olhar às redes de apoio social de famílias de prematuros, durante

visitas domiciliares para acompanhamento na transição do cuidado hospital-domicílio.

Objetivo

Relatar a experiência da Visita Domiciliar no âmbito da Atenção Primária à Saúde, ressaltando a importância das Redes de Apoio no Cuidado ao Recém-Nascido Prematuro, em uma cidade do interior do Estado de São Paulo, Brasil.

Métodos

Relato de experiência, do tipo estudo de caso, entendido como investigação “de um fenômeno contemporâneo (o “caso”) em seu contexto no mundo real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto puderem não estar claramente evidentes” (Yin, 2005). O estudo de caso foi direcionado pela construção de um Mapa Mínimo da Rede Pessoal Social proposto por Sluzki (1997). Teve como participante a mãe de um neonato prematuro, acompanhada por estudantes de Enfermagem durante duas visitas domiciliares, ao longo do primeiro semestre do ano de 2018.

Tal mapa se constitui por um desenho representado por um círculo com quatro quadrantes principais: família, amigos, escola/trabalho, e relações comunitárias (religião, esporte, cinema, teatro, clubes, praças, entre outros). Além destes, há um quadrante que abarca a relação com serviços de saúde e de assistência social. Os quadrantes são permeados por outros dois círculos, que indicarão a intimidade e

a intensidade das relações, conforme representado na Figura 1:

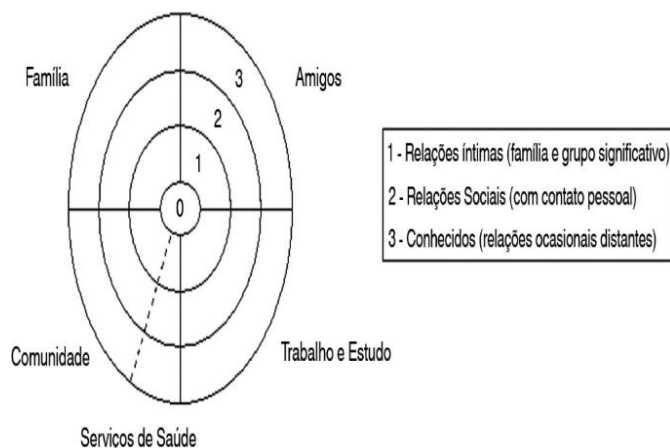


Figura 1 – Modelo de Mapa Mínimo da Rede Pessoal Social (Sluzki, 1997).

Além da representação da natureza das redes sociais, estes mapas permitem a compreensão da maneira que as relações se estabelecem. São delineadas por meio de linhas com cores ou traçados diferenciados, que representam graficamente os vínculos entre as famílias e as pessoas/instituições, podendo ser de três tipos: significativos, fragilizados, e rompidos ou inexistentes (Sluzki, 1997).

Ao se encerrar a qualificação dos vínculos, o mapa da rede social será analisado perante as relações nele inscritas, conforme os seguintes critérios que Sluzki (1997) denomina como características estruturais da rede:

- **Amplitude:** se relaciona com a quantidade de pessoas presentes, e permite enxergar se uma rede é pequena, média ou grande;

- **Densidade:** se refere à qualidade dos vínculos observados, tanto no nível pessoal quanto institucional, no que tange à linha dos traçados;
- **Intensidade:** refere-se aos intercâmbios realizados – materiais, afetivos ou informativos;
- **Dispersão:** permite a reflexão sobre a distância afetiva e/ou geográfica, e revela os graus de intimidade;
- **Frequência:** mostra a sistematicidade com que o vínculo é estabelecido;
- **Duração:** denota o tempo de conhecimento entre as pessoas da rede;
- **Distribuição/composição:** refere-se ao número de pessoas ou instituições presentes em cada quadrante. Denotam-se recursos e lacunas existentes na rede;
- **Homogênea ou heterogênea:** avalia-se as características dos membros e instituições, com o objetivo de verificar a diversidade e as semelhanças que compõem a rede. Por exemplo, uma rede homogênea pode ser considerada fechada e frágil por não permitir diálogos com as diferentes singularidades, pessoais e institucionais, que constroem a vida social. Além destas características, o autor reconhece as funções da rede, ou seja, as potencialidades e vantagens para a implicação de uma sociedade mais articulada e comprometida, fortalecendo o trabalho comunitário pautado por parcerias solidárias (Sluzki, 1996). Tais

funções são constituídas por: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação e controle social, ajuda material e de serviços, e acesso a novos contatos. Esta última se refere ao envolvimento junto a redes cooperativas e solidárias, que possibilita a construção de novos vínculos pessoais, coletivos e institucionais, ampliando a rede pessoal social dos sujeitos.

Os vínculos podem ainda ser analisados segundo seus atributos, como (i) as funções predominantes; (ii) a multidimensionalidade, que se refere à quantidade de funções que cada componente da rede desempenha; (iii) a reciprocidade; e (iv) o caráter histórico (Sluzki, 1996).

Resultados e Discussão

A análise e descrição do Mapa Mínimo construído propiciou verificar dois problemas emergentes: família em isolamento social e pouco empoderamento individual. Ao observar os quadrantes na Figura 2, infere-se que na família o vínculo foi ausente e/ou rompido com a mãe (relação íntima); vínculo fragilizado com o companheiro (relação íntima); vínculo significativo com a sogra (relação íntima). Neste quadrante, identificou-se o pouco apoio emocional pelo companheiro e instrumental/emocional pela sogra, visto que além de relações afetivas, esta oferecia ajuda financeira e material à família do prematuro. Com relação aos

amigos, o vínculo se encontrou fragilizado com uma vizinha (relação social), que apesar de próxima, não tinha frequência na relação; e vínculo fragilizado com os demais vizinhos (relação social), pois ocorreram situações de os mesmos desconsiderarem a possibilidade do prematuro sobreviver, e falaram sobre esta questão com a mãe, deixando-a bastante angustiada (conforme relato da mesma). No trabalho e estudo, os vínculos estavam ausentes, visto que os pais estavam desempregados e sem perspectivas de busca de estudos. Na comunidade, o vínculo foi fragilizado com os Serviços de Saúde (relações sociais); vínculo ausente e/ou rompido outros serviços (relações sociais); e vínculo ausente com Assistência Social. Com relação ao serviço de saúde, a mãe trouxe que unidade de APS referiu a não necessidade do prematuro ser acompanhado pelo serviço do território, visto que já era acompanhado por serviço especializado. A mãe também referiu ausência de apoio do serviço de assistência social, apesar da vulnerabilidade econômica, corroborando literatura que versa sobre aspectos presentes na vivência materna do filho dependente de tecnologia (Okido, Pizzignacco, Furtado, & Lima, 2012).

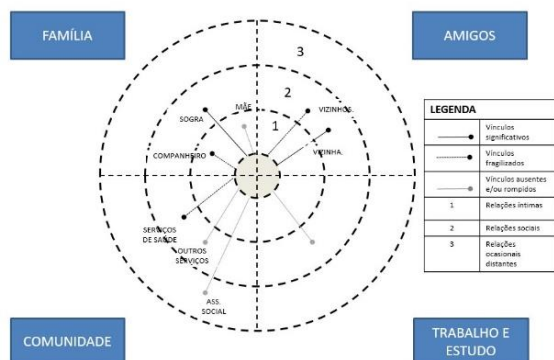


Figura 2. Mapa Mínimo da Rede Pessoal Social (adaptado de Sluzki, 1996).

Trata-se de uma rede média, pouco densa, homogênea, com predominância de vínculos sociais e com vínculos ausentes e/ou rompidos (Figura 2). Tais resultados corroboram estudos na área – no cuidado a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica (Carlos, Pádua, Fernandes, Leitão, & Ferriani, 2016); e no cuidado a crianças dependentes de tecnologias, com esforços pontuais da rede intersetorial e fragmentação do cuidado por meio de rede ampla mas dispersa (Okido, Pizzignacco, Furtado, & Lima, 2012). As visitas domiciliares possibilitaram empoderar o vínculo do binômio mãe-filho e permitiram a identificação de uma rede pessoal social fragilizada. Ao conversar sobre o cuidado prestado ao recém-nascido prematuro, observou-se vínculo significativo entre mãe-filho, boas condições de higiene, crescimento/desenvolvimento adequado, vacinação infantil e urgências/emergências pediátricas relacionadas ao neonato. Porém, houve

pouca preocupação com o filho mais novo (1 ano e 2 meses), causando incômodo por parte das estudantes, visto que a criança demonstrou-se insegura e com períodos de comportamentos regressivos em relação à interação da mãe com o bebê, trazendo à tona questionamentos sobre o desenvolvimento cognitivo e socioemocional do primogênito.

A mãe trouxe dificuldades no cuidado junto ao prematuro, demonstrando preocupações com ações simples, como administração de medicação via oral. Não foi orientada sobre manobras básicas para lidar com engasgos, mesmo após internação do prematuro por aspiração e consequente parada cardiorrespiratória. Tais aspectos reforçam estudo que identificou falhas na comunicação entre mãe e equipe de saúde durante a hospitalização e após alta; é bastante comum que estes neonatos apresentem necessidades especiais de saúde, que a família precisará manejar (Souza et al., 2010). Os pais precisam ser parte do processo de alta hospitalar, que deve ser iniciado pelo menos duas semanas antes de ocorrer e/ou quando o neonato apresenta estabilidade térmica, de alimentação por via oral e cardiorrespiratória (Couto & Praça, 2012; Siqueira & Dias, 2011).

A mãe relata sobre a necessidade de dedicação exclusiva para com o recém-nascido prematuro, argumentando sobre a sua capacidade de realizar os cuidados de

alimentação e higiene adequadamente. Sendo assim, tais cuidados ao neonato são únicos à ela e os cuidados relacionados ao primeiro filho, são desempenhados pelo seu companheiro, o pai das crianças. Em relação às interações pessoais com o companheiro, não houveram momentos para percepções, visto que o mesmo encontrava-se no domicílio porém recusou-se à participar dos encontros. Tal resultado corrobora estudo que buscou analisar a rede de apoio a cuidadoras de crianças com necessidades especiais, que demonstrou o enfoque no gênero feminino relacionado ao cuidado destas crianças (Neves et al., 2015).

Observa-se a apreensão e angústia da mãe no que se refere à transferência do cuidado ao neonato para outra pessoa, posto que, em seu pensamento somente ela é capaz de dedicar-se com cautela. Entretanto, no que se refere à transferência do cuidado ao primeiro filho, ela mostra-se aliviada e tranquila. Tais aspectos referenciam a literatura em que mães de crianças com necessidades especiais de saúde apresentam grande sobrecarga, tomando para si todo o fardo do cuidado, apontando-o com tal densidade por ser um cuidado de sobrevivência e “sobrenatural” (da Cunha, Hokama, & Carlos, 2015; Neves & Cabral, 2009).

Quanto ao auxílio para os cuidados com o recém-nascido, houve o relato de que a sogra (mãe de seu companheiro) e uma

vizinha dedicam apoio, em consequência da fragilidade na relação da parturiente com a mãe, devido a desentendimentos familiares. O vínculo com os outros familiares não foi mencionado e com os vizinhos encontra-se fragilizado, uma vez que há pouco contato. Percebe-se a necessidade da criação e ressignificação de vínculos com amigos e familiares, uma vez que não há suporte emocional efetivo e duradouro. Estes aspectos corroboram literatura que denotam a importância mas ausência de rede de apoio social efetiva a mães de prematuros (Morais, Quirino, & Almeida, 2009; Couto & Praça, 2012; Siqueira & Dias, 2011).

Em relação a estudo e trabalho, houve a percepção de que tanto a mãe quanto o pai estavam pouco empoderados para buscar melhores condições de vida, dado que o suporte financeiro da família provém de doações de familiares e conhecidos, em razão de desemprego. Tal aspecto foi evidenciado em estudo que buscou conhecer o contexto de cuidado a famílias envolvidas na violência contra crianças e adolescentes; o empoderamento familiar e comunitário ainda se apresenta como desafio (Carlos & Ferriani, 2015).

No que se refere à comunidade, percebe-se a vulnerabilidade social em que a família se encontra, tanto pela falta de lazer quanto pela falta de assistência, visto que os únicos serviços vinculados a eles estão relacionados à APS devido às consultas de rotina das crianças para acompanhamento

(crescimento/desenvolvimento e vacinação infantil). Portanto, identifica-se a essencialidade de Programas Assistenciais para famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica visando os direitos à saúde, educação e cultura previstos por Lei pela Constituição Federal Brasileira de 1988.

Os resultados denotam a importância de visitas domiciliares para a continuidade do cuidado na transição hospital-domicílio, trazendo à reflexão, construção e fortalecimento das redes de apoio às famílias dos recém-nascidos prematuros.

Conclusão

Diante do exposto, o presente estudo permite concluir que as Visitas Domiciliares realizadas mostraram-se ser uma ferramenta eficaz para a assistência integral e individualizada às famílias dos recém-nascidos prematuros. Portanto, a Visita Domiciliar é uma forma de cuidado que possibilita o reconhecimento do contexto familiar, visando as Redes de Apoio e direcionando as intervenções de maneira específica para o momento vivenciado por cada família, especialmente a do neonato.

Referências Bibliográficas

- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. DATASUS. Informações em Saúde. *Nascidos vivos – Brasil* [Internet]. Brasília. Retrieved 25 abr 2018, from <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
- Carlos, D., & Ferriani, M. (2016). Contextualizando a violência

intrafamiliar contra crianças e adolescentes: a implicação dos territórios de cuidado. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 24, e2735-8345.0593.2735. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0593.2735>

Carlos, Diene Monique, Pádua, Elisabete Matallo Marchesini De, Fernandes, Maria Isabel Domingues, Leitão, Maria Neto da Cruz, & Ferriani, Maria das Graças Carvalho. (2016). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: olhares sobre a rede de apoio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(spe), e72859. Epub 20 de julho de 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.72859>

Couto, Fabiane Ferreira, & Praça, Neide de Souza. (2012). Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 19-26. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100003>

Cunha, C., Santos, R. G. H. & Carlos, D. M. (2016). O filho com transtorno global do desenvolvimento: percepções de mães acerca de cuidados cotidianos. *REFACS*, 4(2), 98-106. Recuperado em: (dia), (mês), (ano) de (link de acesso). DOI: 10.18554/refacs.v4i2.1646

França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador. *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília: OPAS; 2009. p. 83-112.

Frota, Mirna Albuquerque, Silva, Priscilla Furtado Ribeiro da, Moraes, Stephani Ribeiro de, Martins, Elis Mayre da Costa Silveira, Chaves, Edna Maria Camelo, & Silva, Carlos Antônio Bruno da. (2013). Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. *Escola Anna Nery*, 17(2), 277-

283. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200011>

Latkin, Carl A, Knowlton, Amy R. Social Network Assessments and Interventions for Health Behavior Change: A Critical Review. (2015). *Behavioral Medicine*, 41(3):90-7. doi: 10.1080/08964289.2015.1034645.

Morais, Aisiane Cedraz, Quirino, Marinalva Dias, & Almeida, Mariza Silva. (2009). O cuidado da criança prematura no domicílio. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 24-30. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000100004>

Neves ET, Cabral IE. (2009). Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3):527-38. Retrieved from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a09.htm>.

Neves, Eliane Tatsch, Silveira, Andressa da, Arrué, Andrea Moreira, Pieszak, Greice Machado, Zamberlan, Kellen Cervo, & Santos, Raíssa Passos dos. (2015). Network of care of children with special health care needs. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(2), 399-406. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003010013>

Okido, Aline Cristiane Cavicchioli, Pizzignacco, Tainá Maués Pelúcio, Furtado, Maria Cândida de Carvalho, & Lima, Regina Aparecida Garcia. (2012). Criança dependente de tecnologia: a experiência do cuidado materno. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1066-1073. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500005>

Schmidt, Kayna Trombini, Higarashi, Ieda Harumi. (2012). Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(3): 391-399. DOI: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000300011>

Siqueira, Marly Beserra de Castro, & Dias, Marcos Augusto Bastos. (2011). A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 20(1), 27-36. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000100004>

Sluzki, Carlos. (1996). *La red social: fronteras de la practica sistematica*. Barcelona: Gedisa.

Souza, Nilba Lima de, Araujo, Ana Cristina Pinheiro Fernandes, Costa, Íris do Céu Clara, Medeiros Junior, Antônio, Accioly Junior, Horácio. (2010). Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(2): 159-165. DOI: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622010000200003>

Thoits, Peggy A. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. (2011). *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2):145-61. doi: 10.1177/0022146510395592.

United Nations Children's Fund. Levels and trends in child mortality. Report 2015. *Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation* [Internet]. Geneva: UNICEF; 2015. Retrieved 2018 Abr 24, from http://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_8_Sept_15.pdf

Yin, R. K. (2005). *Estudo de Caso: planejamento e método*. 5ª. Ed. Porto Alegre: Bookman.

Agradecimentos

A Deus pelo dom da vida e por me guiar para concluir este projeto; a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) pela oportunidade de concretizar um sonho; ao Departamento de Enfermagem da UFSCar

pelo apoio; a minha orientadora e co-
autora do presente estudo Prof^a Dr^a Diene
Carlos pela dedicação e incentivo; a
minha família por todo o carinho e pela
motivação.

Financiamento

Secretaria Geral de Relações
Internacionais da Universidade Federal de
São Carlos, Edital 06/2018.