

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGEnf**

---

**AMANDA DE ASSUNÇÃO LINO**

**ENCONTROS DE DIÁLOGOS NO PRÉ-NATAL E O CUIDADO MATERNO**  
**ÀS INTERCORRÊNCIAS COM O RECÉM-NASCIDO**

**São Carlos**

**2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PGenf**

---

**AMANDA DE ASSUNÇÃO LINO**

**ENCONTROS DE DIÁLOGOS NO PRÉ-NATAL E OCUIDADO MATERNO**  
**ÀS INTERCORRÊNCIAS COM O RECÉM-NASCIDO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) para obtenção do título de mestre em  
Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Monika Wernet.

**São Carlos**

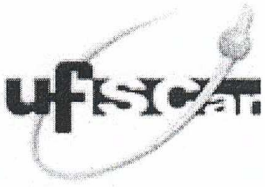
**2016**

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar  
Processamento Técnico  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L758e Lino, Amanda de Assunção  
Encontros de diálogos no pré-natal e o cuidado materno às intercorrências com o recém-nascido / Amanda de Assunção Lino. -- São Carlos : UFSCar, 2016. 114 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2016.

1. Recém-nascido. 2. Saúde materno-infantil. 3. Atenção primária à saúde. 4. Enfermagem. 5. Educação em saúde. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

Folha de Aprovação

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Amanda de Assunção Lino, realizada em 18/04/2016:

---

Profa. Dra. Monika Wernet  
UFSCar

---

Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori  
UFSCar

---

Profa. Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado  
USP

Dedico esta dissertação à minha família e às mães que integram este estudo e que, dividiram comigo suas experiências ao relatarem sobre os cuidados destinados aos seus filhos após os encontros de diálogos no pré-natal, proporcionando a realização deste trabalho.

## Agradecimento

Primeiramente sou grata a **DEUS** por me guiar, iluminar meus caminhos e pensamentos. Pelo suporte e força durante todo meu caminhar e por não me deixar desistir dos meus objetivos e sonhos.

Aos meus pais, **Laís e Roberto**, minha gratidão por serem meu exemplo diário de integridade, honestidade e perseverança. Por acreditarem em mim e me incentivarem em todas as etapas da minha vida pessoal e profissional. Pelo amor e carinho imensuráveis. Pela paciência e compreensão nas minhas ausências, por se alegrarem comigo nas minhas conquistas e me darem colo para os momentos difíceis. Sem vocês nada disso seria possível. Muito obrigada. Amo vocês incondicionalmente.

À minha irmã, **Letícia**, por ser essa companheira de vida maravilhosa. Nem em meus melhores sonhos, imaginei uma irmã tão amiga, parceira e carinhosa. Obrigada por tudo que somos, pela paciência, pelo amor, cumplicidade e apoio constante. Te amo.

Ao meu marido, **Gabriel**, grande amor da minha vida. Não há palavras que possam expressar minha gratidão em poder dividir o caminhar dessa vida com você. Obrigada pelo amor, carinho, incentivo, companheirismo e compreensão em todos esses anos. Por enxugar minhas lágrimas e sorrir comigo. Obrigada por acreditar que isso seria possível e por tudo o que representa em minha vida. Amo você.

À **toda minha família**, meus avós, tios- avós, tios (as), primos (as), sobrinho, afilhado, cunhados (as) e sogros. Pelo amor, incentivo e carinho. Fisicamente presentes ou não, são partes importantes de mim. Amo vocês.

Às minhas amigas, **Fernanda, Bárbara, Larissa, Nátali, Cintia e Fabiana**, que mesmo diante das dificuldades em estarmos juntas, me mostram diariamente o significado da amizade. Obrigada por serem tão companheiras e me amarem. Pelas broncas, trocas, risadas, pelos bons e maus momentos que vivemos juntas. Amo vocês.

Às minhas amigas do mestrado, **Mayara, Beatriz, Soraya, Flávia, Daianne, Lina, Sara e Bianca**, o meu muito obrigada pela amizade, por todos os ensinamentos, incentivos e acolhida. Pelos bons momentos que passamos, viagens, congressos, boas risadas, sofrimentos e conquistas.

Em especial à **Carla**, que aos poucos se transformou em uma grande e querida amiga. Por todas as alegrias e angústias que dividimos. Por caminhar comigo durante todo o processo desse trabalho e estar sempre ao meu lado me apoiando. Uma alma

iluminada. Minha gratidão a você por também tornar isso possível e mais gostoso de se fazer.

À minha querida orientadora **Monika**, pela confiança no meu trabalho e de que isso seria possível. Pelos incontáveis ensinamentos e exemplo de profissional que é. Obrigada pela paciência, oportunidade e dedicação para que eu pudesse chegar até aqui. Minha gratidão a você pela amizade e por me ajudar crescer pessoalmente, profissionalmente e ser meu exemplo. Muito obrigada por tudo.

Às professoras **Jamile e Cândida**, por serem minha banca examinadora e contribuírem muito nesse processo com conselhos ricos para a construção desse trabalho. Pela disponibilidade constante e por serem também meu espelho para a professora que desejo me tornar.

Às professoras **Giselle, Rosely e Márcia Fabbro**, por todos os ensinamentos e conselhos durante essa trajetória. Pela amizade e carinho.

À professora **Mariana**, em memória, que também contribuiu para meu aprendizado e crescimento nessa etapa e pelos ensinamentos em campo de estágio e sala de aula.

Às **mães** que participaram desse estudo e confiaram em mim e que seria possível a realização desse trabalho. Pela disponibilidade, por dividirem suas vidas comigo e abrirem suas portas, construindo a cada dia uma amizade especial.

Aos **profissionais de saúde**, que disponibilizaram o espaço para a construção dos encontros, nos apoiaram de todas as formas durante todo o processo e pelos conhecimentos adquiridos.

À **Universidade Federal de São Carlos** e ao **Departamento de Enfermagem**, pela oportunidade de crescimento, ensinamento e recursos proporcionados para esta pesquisa.

A todos vocês, o meu muito obrigada!!!

## Resumo

**Introdução:** A promoção do desenvolvimento infantil está entre as prioridades da Agenda de Saúde. O período pré-natal é apontado como estratégico para formação do vínculo e empoderamento da mulher e, podemos dizer também de sua família. Direcionar o foco à criança, a valorização e empoderamento de cuidadores e sua família são fundamentais para construção de conhecimentos e, assim promover o desenvolvimento infantil. O presente estudo se articula com o desenvolvimento de Encontros de Diálogos (ED) entre gestantes e pesquisadoras ao longo do período pré-natal, com vistas ao empoderamento de mulheres e famílias para enfrentar as intercorrências comuns no período neonatal. **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo analisar a influência dos ED no período pré-natal na experiência de cuidado materno ao recém-nascido de termo, com especial atenção às intercorrências de saúde no primeiro mês após o nascimento da criança. **Metodologia:** Trata-se de estudo exploratório de caráter qualitativo, adotando como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e como referencial metodológico a Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados derivam de entrevistas com sete mulheres. Há aprovação do estudo junto a um comitê de ética sob o número 957.814. **Resultados:** Os resultados estão apresentados a partir de dois temas: “Aleitamento materno e cólica infantil” e “Cuidado ao recém-nascido e a maternidade”. As puérperas relatam dificuldades no aleitamento materno, sobretudo em termos de pega e manejo. Além disso, vivenciam a cólica infantil e suas limitações de resolução, a necessidade de cuidar do coto umbilical, das manifestações cutâneas e refluxos/regurgitamentos de leite. Tudo sob um contexto imerso de conhecimentos e crenças populares. Vivenciam inseguranças e medos, mas encontram no vivido no ED um apoio para enfrenta-los. **Conclusão:** Os resultados apontam para contribuições dos ED no manejo das intercorrências de saúde da criança no seu primeiro mês de vida. Isto determina sua indicação como estratégia para as práticas de pré-natal na Atenção Primária em Saúde.

**Descritores:** Recém-Nascido; Saúde Materno-infantil; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Educação em Saúde.



## **Abstract**

**Introduction:** The promotion of child development is among the priorities of the Health Agenda. The prenatal period is considered as strategic for bond formation and empowerment of women, and we can also tell your family. Direct the focus to the child, the enhancement and empowerment of caregivers and family are essential for building knowledge and thus promote child development. This study is linked to the development of Dialogue Meetings (DM) among pregnant women and researchers during the prenatal period, with a view to empowering women and families to face common during the neonatal period. **Objective:** This study aims to analyze the influence of ED in prenatal maternal care experience to term newborn, with special attention to health complications in the first month after the child's birth. **Methodology:** This is an exploratory qualitative study, adopting as a theoretical Symbolic Interactionism and the methodological framework to Bardin Content Analysis. The results are derived from interviews with seven women. There is approval of the study with an ethics committee under number 957814. **Results:** Results are presented from two themes: "Breastfeeding and infant colic" and "care for the newborn and maternity." The women report difficulties in breastfeeding, especially in terms of grip and handling. In addition, experience the infant colic and limitations of resolution, the need to take care of the umbilical stump, skin manifestations and flow / milk regurgitamentos. All in a context immersed knowledge and popular beliefs. Experience insecurities and fears, but are lived in the DM support for facing them. **Conclusion:** The results indicate contributions of DM in the management of health complications in children in their first month of life. This determines your statement as a strategy for pre-natal practices in primary health care.

**Keywords:** Newborn; Maternal and Child Health; Primary Health Care; Nursing; Health Education.

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 - *Dados de identificação das participantes do 1º grupo de ED* .....51

TABELA 2 – *Dados de identificação das participantes do 2º grupo de ED* .....52

## **LISTA DE SIGLAS**

PET - Programa de Educação Tutorial;

EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto;

USP -- Universidade de São Paulo;

UCIN - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal;

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos;

CISMU – Cuidado Interdisciplinar em Saúde da Mulher;

ESF – Estratégia de Saúde da Família;

PSF – Programa de Saúde da Família;

SUS – Sistema Único de Saúde;

RN – Recém-nascido;

RGE – Refluxo Gastroesofágico;

CISMU - Grupo de Estudos e Pesquisa em Cuidado Interdisciplinar em Saúde da Mulher; USF – Unidade de Saúde da Família;

ED – Encontro de Diálogos;

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde;

APS – Atenção Primária à Saúde;

PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança;

PNH – Programa Nacional de Humanização;

IS – Interacionismo Simbólico;

UBS – Unidade Básica de Saúde;

ARES – Administrações Regionais de Saúde;

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética;

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

AM – Aleitamento Materno;

AC – Alojamento Conjunto;

BLH – Banco de Leite Humano;

MS – Ministério da Saúde;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

SIMI – Síndrome de Morte Súbita Infantil;

DATASUS - Departamento de Informática do SUS;

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria;

AAP - Academia Americana de Pediatria;

PCR – Parada Cardiorrespiratória;

TI – Tecnologias de Informação.

<b>SUMÁRIO</b>	
<b>1. APRESENTAÇÃO</b>	12
1.1. <i>Trajetória científica e escolha do tema em estudo</i>	13
<b>2. INTRODUÇÃO</b>	16
2.1. <i>Atenção à Saúde da Criança e apoio à parentalidade</i>	17
2.2. <i>Intercorrências de saúde prevalentes no recém-nascido de termo</i>	21
2.3. <i>Diálogo, humanização e saúde da criança</i>	27
<b>3. OBJETIVO</b>	30
3.1. <i>Objetivo Geral</i>	31
3.2. <i>Objetivo Específico</i>	31
<b>4. METODOLOGIA</b>	32
4.1. <i>Tipo De Estudo</i>	33
4.2. <i>Referenciais</i>	34
4.2.1. <i>Referencial Teórico</i>	34
4.2.2. <i>Referencial Metodológico</i>	39
4.3. <i>Local do estudo</i>	42
4.4. <i>Localização dos sujeitos e estratégia de coleta dos dados</i>	43
4.5. <i>Encontros de Diálogo (ED)</i>	45
4.6. <i>Aspectos éticos</i>	49
<b>5. RESULTADOS</b>	50
5.1. <i>Caracterização das participantes do estudo</i>	51
5.2. <i>Aleitamento Materno e cólica infantil</i>	54
5.3. <i>Cuidado ao recém-nascido (RN) e a maternidade</i>	66
<b>6. DISCUSSÃO</b>	78
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	94
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	96
<b>9. ANEXOS</b>	108
9.1. <i>Anexo 1</i>	109
9.2. <i>Anexo 2</i>	110
9.3. <i>Anexo 3</i>	113



Ando devagar por que já tive pressa  
e levo esse sorriso por que já chorei demais.  
Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe,  
só levo a certeza de que muito pouco eu sei.  
Nada sei.

Conhecer as manhas e as manhãs,  
o sabor das massas e das maçãs.  
É preciso amor pra poder pulsar,  
é preciso paz pra poder sorrir,  
é preciso a chuva para florir.

Penso que cumprir a vida seja simplesmente  
compreender a marcha e ir tocando em  
frente. Como um velho boiadeiro levando a  
boiada eu vou tocando dias pela longa estrada  
eu vou. Estrada eu sou.

Todo mundo ama, um dia todo mundo chora,  
um dia a gente chega, no outro vai embora.

Cada um de nós compõe a sua história  
Cada ser em si carrega o dom de ser  
capaz. E ser feliz.

Ando devagar porque já tive pressa  
e levo esse sorriso porque já chorei demais.  
Cada um de nós compõe a sua história,  
cada ser em si carrega o dom de ser capaz.  
E ser feliz.

Tocando em frente- Almir Sater





## 1. APRESENTAÇÃO



### 1.1. Trajetória científica e escolha do tema em estudo

Ingressei no curso de Enfermagem com a grande vontade de trabalhar com gestantes. Ao longo de três anos, durante a graduação, tive a oportunidade de trabalhar junto ao Programa de Educação Tutorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo (PET/EERP-USP), como voluntária e desenvolver trabalhos no grupo de apoio a gestantes com o “Projeto Casulo de Amor – Construindo um cuidado na gestação”.

Em paralelo, desenvolvi, durante a graduação, duas Iniciações Científicas, todas na área de controle de infecção hospitalar, outra temática de meu interesse. Pesquisei o envolvimento da enfermagem no uso das soluções antissépticas, e tais estudos foram publicados em revistas científicas de impacto.

Na disciplina voltada à Enfermagem Pediátrica e Neonatal, tive a oportunidade de cuidar de crianças nascidas pré-termo na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) e, posteriormente no estágio supervisionado curricular permaneci na unidade de Alojamento Conjunto. Tais vivências despertaram interesse e reflexões acerca do cuidado perinatal, em especial como alcançar um cuidado humano e integral.

Ao me formar optei por iniciar minha vida profissional antes de me especializar e foi então que comecei a trabalhar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e Enfermaria Pediátrica de um hospital privado na cidade de São Carlos. Fui confirmando ser este o público que me atraía: crianças, mulheres vivenciando a maternidade e suas famílias, em especial o período perinatal.

Conforme interagia com as mães no contexto das unidades pediátricas percebia uma lacuna informacional sobre o cuidado inicial do seu filho seja ele pré-termo ou não, a qual contribuía com inseguranças a ela. Além disto, sentia a contribuição do enfermeiro ao acolher tal lacuna de informação, sobretudo quando fazia uso do diálogo com as mães e famílias sobre mito e saberes relacionados ao cuidado da criança na fase neonatal. Percebia ser o enfermeiro um agente relevante no cenário do cuidado em saúde, podendo contribuir no estabelecimento do cuidado parental.



Com tais reflexões, após um ano de formada, decidi buscar o Mestrado com vistas a explorar as questões descritas acima. Assim, o tema pré-natal e cuidado da criança foi elencado para o estudo. Ele derivou de conversas com a Profa. Monika Wernet e, em 2013 iniciei como aluna especial do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), cursando três disciplinas e desenvolvendo o projeto para o processo seletivo, ingressando oficialmente em 2014.

Foi nesse primeiro ano, como aluna especial e, após como aluna regular, que tive maior contato com a pesquisa qualitativa e pude cursar disciplinas que ampliaram meu conhecimento teórico e prático sobre tal modalidade de pesquisa, revelando ser ela o caminho para o que eu buscava problematizar. Outra vivência que contribuiu neste sentido foi minha inserção no Grupo de Estudos e Pesquisa em Cuidado Interdisciplinar em Saúde da Mulher (CISMU) na UFSCar.

Minha pesquisa integra um projeto maior intitulado *"Diálogos no pré-natal: desdobramentos na experiência de mulheres em parir e cuidar do(s) filho(s)"*, o qual mantém espaço regular de diálogo com gestantes em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de São Carlos. Tais diálogos são organizados e mediados por alunos da graduação e pós-graduação da UFSCar, com apoio da equipe de saúde da referida unidade. As reflexões e trocas do vivenciado na atividade integra a formação das pesquisadoras e graduandos, bem como amplia a criticidade frente a realidade de cuidado em saúde às gestantes/mães e às crianças.

O presente estudo intenciona contribuição neste sentido, sobretudo no que tange o processo da parentalidade, e, assim, com desdobramentos para a vida de mulheres, famílias e crianças. Além disto, tem o potencial de oferecer subsídios para o cuidado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em especial a atuação do enfermeiro.

O presente relatório está estruturado a partir dos itens: "Atenção à Saúde da Criança e apoio à parentalidade", "Intercorrências de saúde prevalentes no recém-nascido de termo" e "Diálogo, humanização e saúde da criança" na Introdução, posteriormente os "Objetivos" são apresentados, seguidos dos "Referenciais teóricos e





metodológicos e aspectos éticos do estudo”. A seguir os “Resultados” são apresentados a partir de unidades temáticas e refletidos na “Discussão”.

Boa leitura!!



## 2. INTRODUÇÃO

---



## 2.1. Atenção à Saúde da Criança e apoio à parentalidade

Na década de 1990, no Brasil, teve início a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado ESF, para contribuir com a construção e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Propõe reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica e adota como diretriz a territorialização e adscrição da clientela, além da valorização: da co-responsabilização pelo cuidado, do trabalho em equipe, do vínculo entre esta e os usuários com foco na atenção às necessidades de saúde. Objetiva alcançar a integralidade da assistência (BRASIL, 2012).

Em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem dos profissionais de saúde não deve se restringir somente à assistência curativa, e sim buscar dimensionar fatores de risco à saúde. Consequentemente, requer a execução de ações preventivas e de promoção, a exemplo da educação em saúde. Promover a saúde traz um estado positivo e dinâmico na busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mental, ambiental, pessoal/emocional/familiar e sócio- ecológico. (SOUZA; JACOBINA, 2009; FONSECA et al, 2011).

A integralidade e humanização são diretrizes preconizadas pelo SUS que exigem abordagem ampliada, com adoção do acolhimento, vínculo e responsabilização (AYRES, 2011; DUARTE et al, 2013), alcance das necessidades de pessoas e suas comunidades, sobretudo frente aos desdobramentos do desenvolvimento científico e tecnológico (CECÍLIO, 2011). É condição para que a promoção de um cuidado gere bem-estar, segurança e autonomia (ANÉAS; AYRES, 2011). Neste sentido, repensar o encontro nas relações de cuidado é preemente (CECÍLIO, 2011) especialmente nas agendas de prioridade em Saúde.

A promoção do desenvolvimento infantil está entre as prioridades da Agenda de Saúde e, dentre os desafios tem o de garantir condições para que a criança desenvolva seu potencial e viva com felicidade. O desenvolvimento infantil sofre influências de distintos fatores, tanto biológicos quanto ambientais (BRASIL, 2012), os quais devem ser foco das ações em saúde, no intuito de potencializar os fatores de proteção e minimizar os de risco. A forma de nascer e o cuidado parental são elementos que, a depender do



como são praticados, atuam como risco ou proteção ao desenvolvimento infantil (BRASIL, 2012).

É na primeira infância que ocorrem importantes processos de desenvolvimento, sendo ela período no qual o desenvolvimento do sistema nervoso é intenso, com desdobramentos à capacidade cognitiva e sociabilidade do indivíduo. Nesta fase, as crianças precisam de oportunidades e estímulos, para que possam desenvolver amplamente seus potenciais (BRASIL, 2008; MARINO; PLUCIENNIK, 2013).

A família, por mais que tenha se modificado na sua estrutura, nas suas funções e nos papéis intrafamiliares em relação à reprodução das condições materiais de sobrevivência e na função geracional, continua sendo a instituição primordial de cuidado e educação dos filhos, sobretudo nos seus primeiros anos de vida (GOMES et al, 2015). Ela é contexto primário de socialização da criança com impactos diretos no seu desenvolvimento e saúde.

O período pré-natal é apontado como estratégico para formação do vínculo e empoderamento da mulher (BRASIL, 2002; MALHEIROS et al, 2012) e, podemos dizer também de sua família. A proximidade estabelecida nesta fase entre os sujeitos (profissional\serviço de saúde - mulher\família) envolvidos no cuidado tem repercussões longitudinais, com extensão ao período da primeira infância (GOMES et al, 2015).

A proximidade que a equipe da ESF pode ter com seus usuários é propício ao diálogo, que se constitui em uma intervenção onde se cria um espaço de entendimento de si e do outro para abordar algo objeto colocado à compreensão (GADAMER, 2011) com conceitos que podem vir a ser transformados. Sendo assim, o diálogo no pré-natal, oportuniza conversas sobre expectativas, medos e ansiedades em relação também ao cuidado ao recém-nascido (RN) (FLORES et al, 2013) com contribuições para a segurança e autonomia de pessoas e suas comunidades.

Ao direcionar o foco à criança, a valorização e empoderamento de cuidadores e sua família são fundamentais para trocas de conhecimentos para a promoção do desenvolvimento infantil (BRASIL, 2012). A assistência integral à criança precisa



reconhecer e valorizar sua família, no intuito de promover segurança e bem-estar materno e familiar para o manejo das intercorrências típicas deste período (BRASIL, 2001).

Ocorre que algumas práticas de puericultura dos profissionais de equipes da ESF são descritas como normativas, centradas em protocolos rígidos da clínica pediátrica, com foco nos resultados de crescimento e cumprimento do calendário vacinal. Denota ser esvaziado de diálogos para acessar as particularidades do cotidiano de cuidado das famílias a estas crianças. Dados sugerem problemas no que diz respeito à aliança com a família para apoiá-la em suas demandas e co-responsabilizar com a promoção do desenvolvimento infantil (VASCONCELOS; SILVEIRA; EULALIO, 2009; SILVA; VILLAR; WUILLAUME, 2009).

Durante a puericultura procura-se investir, garantir e manter a qualidade de vida da população infantil. É nesse momento que os enfermeiros devem valorizar o diálogo e promover a saúde. Com práticas de puericultura a enfermagem tem condições de detectar precocemente as mais diversas alterações infantis e promover o crescimento e bom desenvolvimento da criança (OLIVEIRA et al, 2013).

A ESF vem buscando por mudanças nas práticas de saúde e, tem sido motivo de atenção o modo como as equipes atuam nas unidades e como têm organizado para melhorar o seu processo de trabalho, em relação às ações específicas de puericultura. O cuidado na atenção básica faz perceber que cuidar de crianças implica em promover acolhida generosa, escuta atenta, diálogo, vínculo e responsabilização (ASSIS et al, 2011).

Tais apontamentos reforçam e valorizam o uso de tecnologias leves no cuidado em saúde, entendidas como os atos produzidos no trabalho que, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo e autonomização (MEHRY et al, 1997). É necessário imprimir mudanças no processo de trabalho tomando, como eixo analítico vital, a efetivação das tecnologias leves (ALVES et al, 2013; MERHY, 2002).



Valorizar a experiência e o conhecimento cotidiano construído pela vivência materna permite uma construção de significados pela compreensão e problematização nesta fase. Favorecer o desenvolvimento de atividades coletivas, propicia ações mais amplas e um entendimento complexo sobre o contexto das gestantes. Isso possibilita uma orientação para o cuidado integral às possíveis intercorrências de saúde da criança e a construção de uma maior autonomia das participantes (OLIVEIRA et al 2013).



## 2.2. Intercorrências de saúde prevalentes no recém-nascido de termo

O período neonatal tem sido destacado como uma das prioridades nas diretrizes políticas, sendo enfocados os cuidados essenciais com neonatos com incentivos ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e prevenção de acidentes e morbidades.

Uma das características do RN é ser dependente do cuidado de adultos para sobrevivência, trata-se de uma criança que apresenta maiores riscos e necessita de cuidados mais intensos e específicos (DEL CAMPO et al, 2006).

Dentre os problemas de saúde corriqueiros às crianças ao longo do primeiro mês estão as lesões de pele onde cerca de 80% deles desenvolvem algum tipo, dentre as quais se destacam dermatites alérgicas e da área da fralda fraldas e erupções cutâneas (DEL CAMPO et al, 2006).

A dermatite da área das fraldas engloba as diversas dermatoses inflamatórias que podem afetar a região anogenital, abdome, nádegas e porção superior das coxas caracterizada então por inflamação aguda da derme, presença de eritema confluyente de aspeto brilhante, que varia de intensidade ao longo do tempo. As alterações são iniciadas principalmente pelo contato prolongado ou a irritação pela urina e fezes com presença de grande umidade e calor local. O contato prolongado com a fralda molhada de urina aumenta tanto a permeabilidade da pele a irritantes como o pH do meio, intensificando, então, a atividade de proteases e lípases fecais, que são os maiores agentes de irritação e responsáveis pelas alterações (VILAÇA et al 2014; AQUINO; CHIANCA; BRITO, 2012). Quando essas lesões não são tratadas ou quando iniciam processo infeccioso, pode evoluir para a formação de pápulas eritematosas, vesículas, erosão ou ulceração da pele e infecção do trato urinário. Pode ainda se verificar o desenvolvimento de infecções oportunistas de origem fúngica, viral ou bacteriana. As recomendações de cuidado são manter a área da fralda seca e realizar trocas frequentes, assim como realizar uma higiene adequada da zona da fralda (ROCHA; SELORES, 2004).



Dentre os outros tipos de dermatite comuns ao primeiro mês de vida do bebê está o impetigo e a miliária.

O primeiro é uma infecção bacteriana superficial, contagiosa, caracterizado como não bolhoso ou bolhoso. No não bolhoso, observam-se pápulas eritematosas, as quais evoluem para vesículas e pústulas, que se rompem facilmente, deixando crostas melicéricas. Áreas expostas como face e extremidades são mais afetadas. Já o impetigo bolhoso, relacionado principalmente ao *Staphylococcus aureus*, caracteriza-se por bolhas flácidas, mais duradouras, que ao se romperem deixam restos na sua periferia. As recomendações de cuidado são remoção e limpeza, duas a três vezes ao dia, das crostas com água e sabão, Acompanhamento médico e uso de antibióticos em pomada sob sua prescrição (KONING et al 2012; GHOSH, 2015)

Já a miliária apresenta-se em três formas. Dessas as mais comumente vistas em crianças são a rubra e a cristalina. A cristalina ocorre quando há obstrução do ducto da glândula sudorípara na camada córnea. Já a rubra é caracterizada pela obstrução do ducto na epiderme. Nessa última há manifestações como pápulas, inflamação e prurido. O controle da temperatura e da umidade do ambiente de modo a reduzir a transpiração, utilizar roupa leve, de preferência de algodão para ajudar a absorver o suor e não utilizar roupas oclusivas são as recomendações (JAIN et al, 2013)

Dentre as infecções prevalentes na fase neonatal em recém-nascidos de termo estão a candidíase oral e a onfalite.

A candidíase oral é uma infecção fúngica por *Candida albicans* que se caracteriza por placas brancas removíveis na mucosa oral. Em relação aos cuidados está recomendado a limpeza da boca da criança com um pano umedecido com água bicarbonata a 3%, de maneira suave, enrolado em um dedo e, na necessidade os pediatras iniciam tratamento medicamentoso (TINOCO- ARAUJO et al,2013). A onfalite é caracterizada por um processo infeccioso agudo na região umbilical, com presença dos seguintes sinais de inflamação no local: edema, calor, secreção e aumento da sensibilidade no local. Os cuidados são higiene do local com água e sabão e não oclusão do local, permitindo aeração (LINHARES; SILVA, 2012; CARMO; OLIVEIRA; 2009;





LINHARES et al, 2012). Outra problemática comum aos RNs é o refluxo gastroesofágico (RGE). Muitos RNs regurgitam pequenas quantidades (1 a 2 ml) de matéria ingerida após a alimentação devido ao esfíncter da cárdia imatura. A regurgitação persistente em grandes volumes e anormal e pode ser indicativo de RGE, definido como fluxo retrógrado e repetido de conteúdo gástrico para o esôfago. Na fase neonatal, as recomendações de cuidado são de manter cabeceira elevada a 30° e manutenção da criança no período pós-prandial; Espaçamento das ofertas de leite e uso de procinéticos, indicado por um profissional autorizado são suficientes. Um aspecto de grande importância é transmitir orientações e segurança aos pais do lactente com regurgitações que ganha peso e se desenvolve adequadamente (GUIMARÃES; MARGUET; CAMARGOS, 2006; WHALEY; WONG, 1999; FRAGA; MARTINS, 2012). A icterícia, marcada por ser uma pigmentação amarelada da pele e de outros órgãos, é uma das características da hiperbilirrubinemia, que se refere a um acúmulo excessivo de bilirrubina no sangue. A eliminação lenta ou ineficaz da bilirrubina resulta em diferentes graus de icterícia em cerca da metade dos RNs a termo (KENNER, 2001; GALVAN et al, 2013). Segundo Wong (1999), a bilirrubina é um dos produtos da degradação da hemoglobina, resultado da destruição das hemácias. Depois que as hemácias são destruídas, os produtos de degradação são liberados na circulação, onde a hemoglobina se divide em duas porções, heme e globina (proteína). A porção heme é transformada em bilirrubina não-conjugada, uma substância insolúvel que quando ligada à albumina se acumula mais rápido do que o fígado consegue eliminar fazendo com que o recém-nascido desenvolve a cor amarela. No fígado, a bilirrubina e a albumina se dissociam e, na presença da enzima glucoroniltransferase, é conjugada com o ácido glicurônico, produzindo a bilirrubina conjugada, que é excretada na bile. No intestino, através da ação das bactérias, a bilirrubina conjugada é reduzida em urobilinogênio e estercobilina, pigmento que dá coloração às fezes (KENNER, 2001; WHALEY; WONG, 1999).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria 1,5 milhão de recém-nascidos apresentam icterícia nos primeiros dias de vida por ano, sendo que em torno de 250 mil encontram-se em estado crítico e com maior risco de neurotoxicidade ou óbito (GALVAN et al, 2013).



Existem diversas causas nas quais pode-se ter uma icterícia neonatal: Leite materno, infecções congênitas, hipotireoidismo congênito, deficiência de G6PD, galactosemia, tirosinemia e outros. (ALMEIDA; DRAQUE, 2012).

Existem quatro tipos de icterícia que acometem os neonatos: icterícia fisiológica (manifesta-se 48 a 72 horas após o nascimento), icterícia patológica (ocorre dentro das primeiras 24 horas após o nascimento), icterícia do leite materno (devido à níveis elevados da enzima beta- glucuronidase no leite materno) e icterícia associada à amamentação (correlacionado com o padrão de amamentação do neonato com uma ingestão calórica deficiente) (KENNER, 2001; GALVAN et al, 2013).

A principal forma de tratamento da icterícia envolve a fototerapia (luz fluorescente ou solar sobre a pele exposta do RN). A luz favorece a excreção de bilirrubina através da fotoisomerização, que altera a estrutura da bilirrubina para uma forma solúvel, lumirrubina, a qual é passível de excreção. Outras formas de tratamento incluem a exsangüineotransfusão, geralmente usada para níveis altos de bilirrubina e a conduta farmacológica compreende o uso de fenobarbital (aumenta a conjugação e a excreção da bilirrubina no fígado) para o bebê com doença hemolítica (KENNER, 2001; WHALEY; WONG, 1999; ARAUJO; OLIVEIRA; SANTOS, 2014).

Ainda no âmbito de intercorrências comuns ao primeiro mês de vida temos a cólica infantil. Ela é um fenômeno muito frequente no primeiro trimestre de vida, caracterizado por comportamento de irritação, podendo persistir, às vezes, por períodos mais longos: (CHRISTOFFEL et al, 2013).

Sobre a etiologia o que se sabe é que está relacionada à imaturidade fisiológica, tendo múltiplos fatores da sua causa, podendo ser divididas em fatores gastrointestinais e não gastrointestinais. Na literatura é dito sobre a disfunção gastrointestinal, imaturidade do sistema gastrointestinal, que gera um acúmulo de gases e conseqüente distensão abdominal e dor, má absorção alimentar, dismotilidade gastrointestinal, hipermotilidade gastrointestinal, insuficiência de enzimas fisiológicas no sistema intestinal, hiperperistalse do cólon, RGE, desequilíbrio hormonal intestinal,



desregulação no sistema nervoso central e autônomo e dificuldades de relacionamentos entre pais e filhos' (CHRISTOFFEL et al, 2013; KOSMINSKY; KIMURA, 2004).

Em adição, crianças que não são alimentadas no seio materno apresentam maior incidência de cólica infantil das que recebem o leite materno pois ele tem um efeito inibidor da cólica e do choro, devido à liberação de melatonina, hormônio com propriedades miorrelaxantes ao sistema gastrointestinal. Ele gera aumento do esvaziamento gástrico, aumento do peristaltismo do intestino delgado e diminuição no tempo do trânsito intestinal' (KOSMINSKY; KIMURA, 2004; GOMES et al, 2015).

O diagnóstico baseia-se no choro estridente e inconsolável da criança acompanhado de contratura das pernas. Seu tratamento, mesmo sem eficácia comprovada cientificamente, baseia-se em massagens a sacarose oral por liberar opióides endógenos que proporcionam um efeito analgésico, exercícios com as pernas, aplicação de calor na região abdominal através de compressas e banhos bem como o uso de medicamentos anticolinérgicos e alopáticos' (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2008; GOMES et al, 2015).

Diante da grande probabilidade de alguma destas intercorrências acima ocorrer na fase neonatal e demandar respostas maternas na forma de cuidado, o presente estudo indaga se mulheres mães são empoderadas no pré-natal para manejar demandas de cuidado associada a tais intercorrências. Pondera a possibilidade de conhecimentos e práticas voltadas a tais aspectos serem abordados em intervenções educativas ao longo do pré-natal e, assim, tem o pressuposto que as mesmas deem conta de acolher necessidades maternas vinculadas ao cuidado de intercorrências de saúde prevalentes no recém-nascido de termo.

Assim, o presente estudo articulou-se a atividade de extensão desenvolvida por integrantes do CISMU e Saúde e Família, na qual os Encontros de Diálogos (ED) são conduzidos junto à uma USF. Especificamente questiona se nos EDs demandas típicas ao cuidado de intercorrências de saúde na fase neonatal surgem como temática de interesse e, se o veiculado nos ED contribui com a mulher no estabelecimento do cuidado ao filho. Neste sentido, a pergunta estruturante da pesquisa foi "Qual a



contribuição dos ED no pré-natal para o cuidado materno às intercorrências típicas de RNs de termo?”. Almejou-se contribuir com evidências científicas que foquem a articulação do diálogo e o cuidado em saúde, bem como traduzam a influência dele no empoderamento e autonomia materna para o cuidado do filho.

### 2.3. Diálogo, humanização e saúde da criança

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem a Atenção Primária em Saúde (APS) como ponto estratégico ao acesso universal aos serviços de saúde e à atenção integral. (OPAS, 2007). Essa última envolve os arranjos entre os distintos serviços de saúde com vistas às necessidades de cuidado desveladas por cada usuário e sua família.

Elas interferem na saúde e no bem-estar (SOUSA; ERDMANN, 2012) e ao ser considerada no contexto da saúde da criança perpassa, dentre outros aspectos, na necessidade de compreender saberes maternos, o vínculo entre criança, família e profissionais, tendo como bases as políticas e programas que se direcionam à saúde materna e infantil (DUARTE et al, 2013).

Especificamente o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) tem como proposta, organizar a abordagem que envolve as instituições e serviços de forma a obter impacto epidemiológico sobre determinados processos de viver da criança. Essa proposta exige que profissionais e unidades de saúde se organizem para uma atuação multi, inter e transdisciplinar. Trata-se de uma forma conjunta do fazer e pensar de todo o serviço e equipe de saúde e não somente da tarefa de um profissional ou de uma só categoria. A integralidade é uma prática que se traduz em atitudes de sensibilidade, confiança, pertencimento, tratamento digno, horizontalidade e continuidade da atenção, ou seja, precisa estender as ações de promoção à saúde para além do âmbito institucional (SOUSA; ERDMANN, 2012).

Para a criança, a integralidade do cuidado constitui-se em um preceito constitucional evidenciando o valor de seus direitos no contexto do SUS. As condições que se dirigem para essa integralidade compreendem ações de prevenção e assistência, além da diminuição da mortalidade infantil, redução dos danos a crianças com vulnerabilidade social, atendimento às situações de agravos ou doenças, reabilitação e o compromisso de se promover qualidade de vida. A integralidade é também um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma



sociedade mais justa e mais solidária. (SOUZA, et al 2013). Ela remete à humanização das práticas em saúde.

As ações em saúde perpassam pelos diferentes modos de cuidar dos distintos profissionais e são percebidas de maneiras particulares por quem é cuidado, contudo, precisam estar direcionadas ao acolhimento (SOUSA; ERDMANN, 2012).

O acolhimento entra com um papel fundamental nas conversações nos diversos níveis de serviço de saúde, tendo o papel de receber e interligar as situações e entender as necessidades individuais, podendo ocorrer em qualquer encontro, lugar e circunstância. O acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas um conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las (TAKEMOTO; SILVA, 2007). Este, no período gestacional requer olhares longitudinais com vistas à saúde da criança e da mulher (SILVA et al, 2014). A atenção à saúde precisa utilizar esse momento de acolhimento e priorizar a humanização onde, de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), se estabelece nas interações interpessoais baseada em uma escuta atenta, comprometida e interessada no outro não podendo essa ação ser restrita à um único tipo de serviço de saúde ou profissional. (SATO; AYRES, 2015).

O pré-natal configura-se como estratégico neste sentido, em especial para a criação de vínculo e confiança pelo fato da frequente abertura da mulher e família ao diálogo com vista à sua saúde e à saúde da criança. Esses constituem-se em interações e não devem limitar-se à uma ferramenta educacional, precisam oportunizar a aproximação entre profissionais e os sujeitos do seu cuidado.

Podem assim, contribuir com o preparo da mulher e família para viver a gestação, o parto e o cuidado à criança bem como os demais elementos integrantes da parentalidade de forma positiva, integradora e enriquecedora (SILVA et al, 2014).

Os diálogos, constituem-se em ação educativa que pode se desenvolver em grupo, organizando-se em um espaço de troca e escuta durante conversas informais, que possibilita o surgimento de temas colocados pelos profissionais de saúde



mediadores, em especial aos enfermeiros devido suas competências para promoção de saúde, e também pelas gestantes participantes e seus acompanhantes em uma relação de horizontalidade, visando melhorar a saúde individual e coletiva, além de contribuir para a construção da autonomia, liberdade e empoderamento materno sobre si e seu filho, ajudando-as a entender e viver de forma saudável este período e também o que virá a seguir com os cuidados à criança (SILVA et al, 2014).

Percebe-se que no caminho do diálogo há uma condição para o alcance da humanização nas práticas em saúde e, tal sucesso contribui com a saúde da criança por empoderar seus cuidadores, em especial os pais, sendo essa, uma troca de saberes entre os populares e o científico, enriquecendo-se mutuamente.

O desenvolvimento desse estudo justifica-se por entender o potencial dos diálogos durante o pré-natal como uma remodelagem dos processos do cuidar familiar às crianças, em apoio à PNH-SUS.

Essa proposta vai de encontro com os efeitos desejáveis de uma vida saudável para as crianças bem como a resiliência parental e também para que os profissionais de saúde saibam valorizar os momentos de encontro ao longo da gestação atuando nas especificidades dos cuidados em especial, aos atuantes na APS.



### 3. OBJETIVO

---





### 3.1. Objetivo Geral

- ✚ Analisar a influência do ED no período pré-natal na experiência de cuidado materno ao RN de termo, com especial atenção às intercorrências de saúde no primeiro mês após o nascimento da criança.

### 3.2. Objetivo Específico

- ✚ Caracterizar o perfil das mães que participaram dos ED no período pré-natal articulado ao presente estudo, de acordo com idade, paridade, escolaridade, tipo de parto, renda familiar, situação conjugal;
- ✚ Descrever a experiência de cuidado materno ao RN de termo no primeiro mês de vida da criança;
- ✚ Descrever os conhecimentos e práticas de cuidado materno às intercorrências de saúde a RN de termo mencionados pela mulher como derivados dos ED.



## 4. METODOLOGIA

---



#### 4.1. Tipo de estudo

Trata-se de estudo de campo, exploratório sustentado pela abordagem qualitativa. Essa foi selecionada dada a valorização que afere ao universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos sociais revelou-se adequada ao estudo. A metodologia qualitativa busca conhecer um determinado fenômeno através dos atores sociais e dos sentidos que eles atribuem aos objetos e às ações sociais que desenvolvem (MINAYO, 2004). De acordo com Minayo (2014) foca as experiências do cotidiano dos sujeitos destacando a importância do conteúdo das informações, no aprofundamento da subjetividade dos significados das ações e relações humanas.

Creswell (2013) adiciona que a pesquisa qualitativa utiliza diferentes referenciais metodológicos investigativos para compreender um fenômeno social, sempre sob a valorização do ponto de vista dos sujeitos. Para isso o pesquisador deve busca coletar dados detalhados acerca do fenômeno estudado. Além disto, os participantes precisam ser captados com a intencionalidade de terem elementos para narrar e descrever com densidade o fenômeno explorado em cada estudo. Neste sentido, ter vivenciado, estar vivenciando ou ter alguma correlação com a temática em foco é essencial (MINAYO; GUERRIERO, 2014; DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007). Este aspecto deve-se aos saberes e vivências deles que permitirão a ampliação dos conhecimentos existentes e transformações de práticas (MINAYO; GUERRIERO, 2014).



## 4.2. Referenciais

### 4.2.1. Referencial Teórico

Diante das necessidades do estudo, o Interacionismo Simbólico (IS) revelou-se um referencial teórico pertinente. Isto se deve ao fato dele explorar comportamento humano individual e grupal a partir de significados simbólicos (CHARON, 2009)

O IS, referencial social da vertente interpretativa, explora como os significados emergem na e da interação social e seus desdobramentos em ações humanas (AKSAN et al, 2009). Essas ações estão baseadas no significado que as coisas (objetos físicos, categorias de objetos, instituições, ideais, atividades e situações) têm para o(s) ator(es) social(ais), e o significado é decorrente da(s) interação(ões) social(is), sofrendo alterações constantemente (NUNES, 2013). Esse referencial surgiu na Universidade de Chicago, no século XVIII, tendo o professor de Filosofia chamado George Herbert Mead (1863-1931) como o primeiro a se aprofundar no assunto e difundi-lo nos anos de 1893 a 1931 (CHARON, 2010). Mead teve um livro escrito após sua morte, o *Mind, Self and Society*, editado em 1934 por seu aluno Charles Morris, que abarca os princípios cruciais da interação simbólica, dando fundamento para o IS (BELL, 1996).

Um discípulo de Mead, o sociólogo Herbert Blumer, deu continuidade aos estudos sobre a abordagem interacionista, desenvolvendo o IS. Após ele, existiram outros pesquisadores que contribuíram para mudanças nesta abordagem, gerando correntes dentro do IS (CHARON, 2010).

Este estudo selecionou como referencial o IS na perspectiva de Blumer (1969) o qual aponta que o IS na sua concepção é baseado em três premissas:

1. Os seres humanos compreendem o mundo e atuam em relação aos significados que as coisas têm para si;
2. O significado é fruto das interações sociais que o ser humano vivencia com os outros e com o ambiente;
3. As interações sociais alteram os significados mediante o próprio processo interpretativo da pessoa.



Em resumo, as premissas de Blumer (1969) determinam que a ação do ser humano ocorre devido a sua relação com o meio, através da interação social regida pela própria interpretação que dá origem aos significados IS: contribuições para se pensar os processos identitários (ENNES, 2013).

Em adição, Charon (2010) da mesma vertente defendida por Blumer, traz as ideias fundamentais do IS, apresentadas em cinco categorias:

1. O ser humano é ator de suas ações, onde estas são alteradas pelas interações sociais que vivencia, ocasionando uma interpretação, ou seja, a ação é dependente do meio vivenciado pelo ser;
2. O ser humano é considerado um ser pensante, capaz de pensar, e suas ações estão entrelaçadas com o processo dinâmico do pensamento;
3. O conjunto de pensamento e interações sociais de maneira dinâmica resulta no ambiente do ser humano que está interligado com as vivências atuais ou já vivenciadas;
4. A ação humana é fruto da vivência atual, mas os momentos já vivenciados podem fazer parte desta ação desde que sejam alterados mediante a nossa vivência atual;
5. Os seres humanos são considerados operantes no seu ambiente e através das interações sociais consigo e com o outro regulam suas ações, pensamentos e situações.

Percebe-se que o referencial teórico do IS concebe a pessoa como ativa na sua experiência e ser no presente de cada vivência que ocorre a definição da realidade com o desencadeamento de ações influenciadas pelas interações (BLUMER, 1969). Ou seja, o ser humano é ativo na sua experiência e à medida que interage age no presente aplicando seu passado vivido (CHARON, 2010).

Sendo assim, o IS é constituído por conceitos básicos como **símbolo, self, mente, assumir o papel do outro, ação humana, interação social e sociedade**, abaixo descritos (CHARON, 2010).



- ✚ A ideia central do IS é o **símbolo**, pois é através dele que os seres humanos interagem entre si, sendo este um objeto social que surge e/ou se mantém e/ou se transforma a partir das interações sociais vivenciadas pelo indivíduo. Tem a intenção de representar e compartilhar os significados para si mesmo e para o outro, derivados dos processos sociais e da historicidade do indivíduo, com o intuito de determinar as ações sociais, a fim de atribuir um significado para si e para o outro com quem está interagindo;
- ✚ O **self** surge nas interações sociais, também pode ser considerado como um objeto social, mas com um olhar voltado para o interior do indivíduo, ou seja, o self acontece quando interagimos com os outros e com nós mesmos, determinando ações sociais mobilizadas por outros elementos de forma dinâmica. É composto pelo "Eu" e pelo "**Mim**", na qual o "**Eu**" tem o indivíduo como sujeito, e as respostas às ações ocorrem de forma espontânea e impulsiva, não sofrendo influências do meio social, e o "**Mim**" são atitudes organizadas que surgem das interações norteadas pelas crenças, culturas e conceitos dos outros que cercam o indivíduo, dando uma direção para a ação com considerações às expectativas e imposições sociais;
- ✚ A **mente** é definida como ação social, que age como intermediário ao acionar o self através dos símbolos que emergem das interações sociais. Além disso, está envolvida na elaboração dos significados que surgem das interações consigo próprio e com o outro, dando origem às ações sociais;
- ✚ **Assumir o papel do outro** é uma atividade mental que visa à compreensão do *self*, ao utilizar o próprio processo interacional para a compreensão do outro e conseqüentemente alinhando à própria ação, promovendo melhor interação nas relações;
- ✚ A **ação humana** é a competência que o ser humano tem para realizar indicações para si, sendo também um processo simbolicamente formado e que traduz as ações que o indivíduo realiza. Com isso, o indivíduo interpreta os significados dos outros, constituindo sua própria linha de ação que sofre

influências das interações consigo próprio e com o outro. As ações são estabelecidas conforme o que se vive no presente e são estruturadas em metas e objetos sociais. O ser humano age conforme suas experiências do passado, do presente e do futuro, e suas ações são resultados da definição da situação.

- ✚ A **interação social** é central para o IS, definida quando os seres humanos interagem consigo, com os outros e com o ambiente através da comunicação utilizando os símbolos, direcionando o *self*, estabelecendo a atividade mental, tomadas de decisões, estabelecer situações e assumir papéis. É na interação social que os seres humanos criam os símbolos e objetos sociais; criam e definem o *self*; criam e influenciam a mente e a própria habilidade de assumir papéis. Quando a interação social ocorre, realizamos interpretações dos outros (objetos sociais) através da nossa perspectiva, sendo que os atos dos seres humanos são simbólicos, e atuamos por intermédio do *self*, empenhando-se na atividade mental ao interagir e assim assumir papel para, então, entender o outro.
- ✚ A **sociedade** se define através das interações simbólicas e a criação das culturas, sendo que os indivíduos têm o compromisso de se envolver para poder mantê-la.

Em resumo, o IS é um referencial teórico que tem como pressuposto que a experiência humana é mediada pela interpretação e esta determina significados aos objetos sociais e determina atos em função destes. O processo de significação, desencadeado neste processo interacional com o *self* e com o contexto, é comunicado por meio de símbolos.

Os símbolos buscam a representação das pessoas do significado interacional estabelecido. Contudo, tal processo só é efetivamente atingido quando o significado intencionado é compreendido por aquele que o produz e por aquele que o recebe (BLUMER, 1969).



Assim sendo, o comportamento humano pauta-se no ato social por meio do comportamento externado e do processo interiorizado (atividade interna à pessoa) (CHARON, 2010). Na interação social, somos objetos sociais para nós e para os outros, usamos símbolos, exercemos a atividade mental que direciona o self e integramos tomadas de decisão, a partir de definições estabelecidas na situação (CHARON, 2010).

Nas pesquisas de enfermagem, o IS aponta ser um referencial teórico pertinente, pelo fato de ter o significado como eixo central, por ser através das interações que emergem as ações por meio do contexto social em que as pessoas vivem. Ao colocar na prática essa teoria, surtem efeitos nos relacionamentos interpessoais, onde estes se tornam mais humanizados e interativos através da ampliação dos conhecimentos, das ações e da construção de estratégias direcionadas para que esse tipo de relacionamento aconteça (LOPES; JORGE, 2005). Frente ao foco do estudo que explora a influência dos ED nas ações maternas diante das intercorrências com o recém-nascido, pode-se dizer que os significados estruturantes deste processo se originam na interação estabelecidas entre mães e sujeitos de seu entorno social. Tais interações promovem interações da mulher consigo mesma e possibilita transformações de significados e consequentes ações.



#### 4.2.2. Referencial Metodológico

Como estratégia metodológica propõe-se a Análise de Conteúdo que enquanto método de organização e análise dos dados, possui algumas características como aceitar que o seu foco seja qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos que se constitui de várias técnicas onde se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos (BARDIN, 2009). Bardin (2009) coloca ainda que é um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.

A técnica é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores, permitindo a realização de inferência de conhecimentos. Para Oliveira (2008) a análise de conteúdo permite:

*“O acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto, sejam eles expressos na axiologia subjacente ao texto analisado; implicação do contexto político nos discursos; exploração da moralidade de dada época; análise das representações sociais sobre determinado objeto; inconsciente coletivo em determinado tema; repertório semântico ou sintático de determinado grupo social ou profissional; análise da comunicação cotidiana seja ela verbal ou escrita, entre outros”.*

Esse método compreende técnicas de pesquisa que permitem, a descrição das mensagens e das atitudes conectadas ao contexto da enunciação, bem como as deduções sobre os dados coletados. A escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das suposições e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).



A AC possui diferentes técnicas que podem ser abordadas pelos pesquisadores. Isto dependerá da vertente teórica seguida pelo sujeito que a aplicará onde a utilização de cada técnica produzirá resultados diferenciados, mas que permitem a produção de conhecimentos sobre o objeto de estudo e suas relações (OLIVEIRA, 2008). Assim podem ser sintetizadas as várias técnicas, são elas:

- ✚ Análise temática ou categorial;
- ✚ Análise de avaliação ou representacional;
- ✚ Análise de enunciação;
- ✚ Análise da expressão;
- ✚ Análise das relações ou associações;
- ✚ Análise do discurso;
- ✚ Análise léxica ou sintática;
- ✚ Análise transversal ou longitudinal;
- ✚ Análise do geral para o particular;
- ✚ Análise do particular para o geral;
- ✚ Análise segundo o tipo de relação mantida com o objeto estudado;
- ✚ Análise dimensional;
- ✚ Análise de dupla categorização em quadro de dupla entrada, dentre outras.

A escolha da técnica deve estar atrelada ao tipo de pergunta elaborada, ao tipo de conhecimento que se deseja produzir frente ao objeto estudado e, fundamentalmente, ditas (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; BARDIN, 1977).

- ✚ Pré-análise: Compreende a leitura flutuante que requer o contato direto e intenso do pesquisador com o material de campo, de onde pode surgir



a relação entre os pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema; constituição do corpus que diz respeito à constituição do universo estudado, sendo necessário respeitar a exaustividade, a homogeneidade, a exclusividade de categoria, a objetividade e a adequação aos objetos de estudo; e a formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos que se caracteriza por ser um processo de retomada da etapa exploratória por meio da leitura exaustiva do material e o retorno aos questionamentos iniciais.

- ✚ Exploração do material ou codificação: Nessa etapa, o pesquisador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Realiza-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema.
- ✚ Tratamento dos resultados obtidos/ interpretação: O analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material.

Outras reflexões de carácter metodológico acerca de instrumentos e forma de análise de dados se faz necessária em busca de uma construção epistêmica forte, pois fazer pesquisa qualitativa não se restringe a organizar, de modo simplista, citações literais unidas às falas de sujeitos que responderam a questionários nem sempre bem elaborados. A pesquisa qualitativa deve buscar no fenômeno investigado os seus significados para aquela pessoa ou grupo, as representações psíquicas e sociais e os constructos simbólicos das mesmas (SELLTIZ, 1967).

### 4.3. Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em uma área rural de uma cidade no interior do estado de São Paulo, Brasil. O município teve, em 2014 (última data estimada), uma população avaliada de 221.950 habitantes, dentro de uma área de 1137 km<sup>2</sup> (IBGE, 2016) e taxa de nascidos vivos de 3.183 (SINASC, 2016; DATASUS, 2015). A cidade conta com três maternidades, duas da rede privada que atende a Saúde Suplementar e uma que é filantrópica, atendendo pelo SUS e pela Saúde Suplementar.

A APS é desenvolvida a partir de Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) e quanto à organização da APS, a cidade tem 5 administrações regionais de saúde (ARES). Em cada uma destas regionais há uma média de 3 ESF. Há na cidade 2 USF localizadas em área rural, sendo uma delas elencada para este estudo.

A escolha por USF em área rural foi em função de vulnerabilidades em termos (AYRES, 2011) de acesso à maternidade e outros equipamentos sociais (DUARTE, 2013), de deslocamento por meio de transportes públicos (CECÍLIO, 2011), de renda e trabalho (ANÉIAS; AYRES, 2011) e de moradia. A equipe da USF em questão tem a seguinte constituição: 2 médicos (1 é vinculado ao Programa Mais Médicos), 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem, 1 cirurgiã dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e 6 agentes comunitários de saúde.

O distrito rural de localização da USF do estudo possui aproximadamente 3.296 habitantes (IBGE, 2014). Conta, além da USF, com os seguintes equipamentos sociais: 1 subprefeitura, 1 creche, 1 Escola de Ensino Fundamental, 1 biblioteca e 2 igrejas. A população residente nele tem como principal fonte de renda empregos como mão de obra braçal em fazendas de pecuária bovina ou lavouras, em casas de família enquanto domésticas, e no comércio na cidade. Algumas delas também praticam agricultura familiar. A população adscrita a USF é, segundo seu próprio registro é de 913 famílias segundo registros da unidade.



#### 4.4. Localização dos sujeitos e estratégia de coleta dos dados

Mulheres adscritas à USF mencionada e que integraram a atividade extensionista “Encontros de Diálogo” da qual a pesquisadora fez parte, foram sujeitos em potencial para o estudo. No convite para integrar o ED era esclarecido que tal atividade estava articulada a um estudo, porém não existia o condicionamento obrigatório de ambos.

Os critérios de inclusão das participantes ao estudo foram:

- ✚ Ter integrado um mínimo de 4 ED;
- ✚ Ter parido na cidade elencada ao estudo, no interior do estado de São Paulo;
- ✚ Ser maior de 18 anos ou emancipada.
- ✚ Ser a criança gestada ao longo dos ED nascida de termo (entre 37 e 42 semanas de gestação).

E, os de exclusão:

- ✚ Ter alguma limitação que inviabilize prover narrativa compreensível.
- ✚ Ter a criança gestada ao longo dos ED algum diagnóstico genético ou congênito.

Cabe destacar, que o convite ao estudo foi realizado pela própria pesquisadora após ser completado 1 mês de nascimento da criança. Tal informação era obtida por intermédio da equipe de USF.

Frente ao aceite de participação e atendimento aos critérios postos ao estudo, agendava-se data, local e hora para realização da entrevista. Estas, por escolha unânime das participantes, ocorreram na residência das mesmas, onde, em sua maioria, encontravam-se sozinhas.

Como colocação disparadora utilizou-se **“Conte-me como foi cuidar do seu bebê ao longo desse primeiro mês”**. E, após as colocações iniciais, transcorreu-se, um diálogo com novos questionamentos congruentes ao exposto. Todas as entrevistas foram



gravadas e transcritas em sua íntegra para que o depoimento fosse devidamente analisado pela pesquisadora.

Antecedendo a colocação disparadora, e como preambulo relacional, coletou-se dados de identificação das participantes norteados por instrumento próprio (anexo 1).



#### 4.5. Encontros de Diálogo (ED)

A proposta dos ED era a efetivação de um espaço de intervenção pautada em conversas de acolhimento junto às gestantes. Objetivava-se os benefícios identificados na literatura às conversas ao longo do pré-natal, a saber:

- ✚ Oportunizar espaço para a troca de experiências (NEVES et al, 2013; FRANCO, 2012) e para a colocação de problemas, preocupações e medos (SARTORI; VAN DER SAND, 2004; HOGA; REBERTE, 2007; NEVES et al, 2013; FRANCO, 2012; CREMONESE et al, 2012);
- ✚ Promover reflexão individual e coletiva sobre tais colocações (SARTORI; VAN DER SAND, 2004; HOGA; REBERTE, 2007; FRANCO, 2012);
- ✚ Reduzir sensação de medo, ansiedade e inexperiência que afeta muitas mulheres (HOGA; REBERTE, 2007; NEVES et al, 2013; CREMONESE et al, 2012);
- ✚ Efetivar espaço para compartilhar afetos e socialização de saberes técnico-científico e popular (FRANCO, 2012);
- ✚ Propiciar contexto de aprendizagem (SARTORI; VAN DER SAND, 2004; ZAMPIERI et al, 2010; SANTOS; PENNA, 2009; CREMONESE et al, 2012);
- ✚ Ofertar conhecimento dos direitos típicas ao ciclo gravídico puerperal ou mesmo gerais de cidadã (ZAMPIERI et al, 2010; DELFINO et al, 2004);
- ✚ Ampliar interesse e comprometimento sobre a criança e seu cuidado (ZAMPIERI et al, 2010; DELFINO et al, 2004);
- ✚ Contribuir com a inserção e a participação do pai no processo (ZAMPIERI et al, 2010);
- ✚ Promover conhecimentos relativos à gestação, parto e puerpério (DELFINO et al, 2004);
- ✚ Estreitar laços e vínculo com os profissionais e serviço (NEVES et al, 2013);



- ✚ Preparar a mulher para a vivência do parto (ZAMPIERI et al, 2010; CREMONESE et al, 2012); enfim, empoderar e ampliar autonomia naquelas que dele participam (NEVES et al, 2013; ZAMPIERI et al, 2010).

Ressalta-se, portanto, que o ED era desenvolvido sob abordagem dialógica, reflexiva e sem agenda temática estabelecida pelo facilitador. Sua dinâmica acontecia da seguinte forma:

- ✚ Na abertura de cada ED, ocorria apresentação do facilitador e descrevia-se o espaço do ED como conversas sobre temas de interesse delas.
- ✚ O processo de mediação esteve sustentado por atitude de promoção dos entendimentos dos ali presentes sobre a temática elegida por elas para o encontro. Neste sentido, estimulava-se a narrativa, a formulação de perguntas, a exposição de opiniões e reflexões, bem como o compartilhamento de experiências, na intenção de mobilizar saberes e práticas.
- ✚ O ED tinha um acordo prévio quanto ao seu tempo de duração, cerca de uma hora. Sempre ao término do encontro as gestantes elegiam a temática do próximo encontro, contudo, apesar disso, não era incomum a mesma ser transformada no dia do ED, fruto das inquietações vivenciadas no intervalo de tempo entre um ED e outro, tornando a abertura plena e possível.

As gestantes receberam o convite (verbal e escrito) para participarem dos ED ao iniciarem o pré-natal por meio dos profissionais da própria equipe. Aquelas que já haviam aberto o pré-natal foram convidadas pela pesquisadora por meio de ida à residência das gestantes onde o convite seria feito para elas, tanto oral quanto escrito em forma de convite.

Durante o período de outubro de 2014 e agosto de 2015 aconteceram 2 grupos (turmas) de ED. O primeiro grupo contou com 8 encontros sendo abordado um tema em cada momento, com participação total de 10 gestantes derivando delas 3 entrevistas





para a pesquisa. Das 7 não participantes, duas mudaram-se de cidade e 5 não contemplaram o critério de inclusão “ter integrado um mínimo de 4 ED”.

Foram abordados, nessa ordem, os seguintes temas de acordo com o interesse das gestantes deste primeiro grupo:

- ✚ Amamentação;
- ✚ Tipos de Parto com ênfase ao Natural;
- ✚ Nascimento Prematuro;
- ✚ Rede Social e Rede de Apoio;
- ✚ Cuidados com o RN;
- ✚ Tema Livre;
- ✚ Cólica;
- ✚ Amamentação.

O segundo grupo de ED, do qual participaram 9 gestantes, contou com 12 encontros. Destas participaram no estudo 4 mulheres, pois 2 recusaram a participação e 3 não contemplaram o mesmo item de inclusão do primeiro grupo.

Nesse segundo grupo os temas abordados de acordo com a demanda das participantes foram, nessa ordem, os seguintes:

- ✚ Gestação;
- ✚ Expectativas e Ansiedades;
- ✚ Mitos e Verdades na gestação e cuidado;
- ✚ Adaptações fisiológicas da mulher;
- ✚ Tipos e Trabalho de parto;
- ✚ Cuidados com o RN;



- ✚ Cólica/ Banho de Ofurô/ Rede de apoio social;
- ✚ Sinais de aborto e Acolhimento;
- ✚ Alimentação na primeira infância;
- ✚ Data do parto e ansiedades;
- ✚ Tema Livre;
- ✚ Aleitamento Materno.



#### 4.6. Aspectos éticos

A fim de cumprir os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde o presente projeto, que faz parte de um projeto maior intitulado “*Diálogos no pré-natal e a experiência de mulheres em parir e cuidar do(s) filho(s)*”, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar sob o parecer de número 957.814 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 41721415.9.0000.5504 (Anexo 2).

Todos os aspectos éticos da Resolução acima destacada foram seguidos e respeitados, especialmente o que versa sobre a participação voluntária, oficializada na pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo3).

As participantes foram codificadas com nomes sugeridos por elas próprias.



## 5. RESULTADOS

---

### 5.1. Caracterização das participantes do estudo

Integraram o estudo sete puérperas, cujas idades variaram entre 17 e 36 anos. Quatro vivenciavam sua segunda gestação e três eram primíparas sem ocorrência de abortos prévios entre elas. Tiveram seus bebês a termo com idade gestacional entre 38 e 41 semanas, duas por parto normal e as demais se submeteram a uma cesariana. Todas tiveram em média quatro participações nos ED como descrito no quadro abaixo:

**Tabela 1 – Dados de identificação das participantes do 1ª grupo de ED. São Carlos, 2016.**

PUÉRPERA	IDADE	GESTÃO (G) ABORTOS (A) PARIDADE (P)	IDADE GESTACIONAL	TIPO DE PARTO	INTERCORRÊNCIA NO PARTO	PARTICIPAÇÕES NO GRUPO	TEMAS EM QUE PARTICIPOU NO GRUPO
<b>ANITA*</b>	17 anos	G1A0P1	40 semanas	Cesárea	Criança 'virou' durante trabalho de parto	5	- Amamentação - Tipos de Parto - Nascimento prematuro - Rede Social e Rede de Apoio - Cólica
<b>ÂNGELA*</b>	24 anos	G2A0P2	39 semanas	Normal	Não	4	- Amamentação - Tipos de Parto - Nascimento prematuro - Tema livre
<b>REGINA*</b>	35 anos	G2A0P2	39 semanas	Cesárea	Cesárea de última hora	4	- Tipos de Parto - Nascimento prematuro - Rede Social e Rede de Apoio - Cuidados com o RN

\*Codificação das participantes sugeridos por elas próprias.

**Tabela 2 – Dados de identificação das participantes do 2º grupo de ED. São Carlos, 2016.**

PUÉRPERA	IDADE	GESTÃO (G) ABORTOS (A) PARIDADE (P)	IDADE GESTACIONAL	TIPO DE PARTO	INTERCORRÊNCIA NO PARTO	PARTICIPAÇÕES NO GRUPO	TEMAS EM QUE PARTICIPOU NO GRUPO
<b>SARA*</b>	31 anos	G2A0P2	39 semanas	Cesárea	Não	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expectativas e ansiedades</li> <li>- Mitos e Verdades na gestação e cuidado</li> <li>- Adaptações fisiológicas na mulher</li> <li>- Aleitamento Materno</li> </ul>
<b>BRUNA*</b>	36 anos	G2A0P2	41 semanas	Cesárea	Manobra de Kristeler	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expectativas e Ansiedades</li> <li>- Mitos e Verdades na gestação e cuidado</li> <li>- Alterações gravídicas</li> <li>- Aleitamento Materno</li> <li>- Tema livre</li> </ul>
<b>PATRÍCIA*</b>	21 anos	G1A0P1	38 semanas	Cesárea	Sangramento pré-parto	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expectativas e ansiedades</li> <li>- Mitos e Verdades na gestação e cuidado</li> <li>- Tipos e Trabalho de parto</li> <li>- Cuidados com o RN</li> <li>- Data do parto e ansiedades</li> </ul>
<b>JÉSSICA*</b>	20 anos	G1A0P1	40 semanas	Normal	Laceração	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipos e Trabalho de parto</li> <li>- Sinais de aborto e Acolhimento</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"><li>- Cuidados com o RN</li><li>- Cólica/ Banho de Ofurô/ Rede de apoio social</li><li>- Alimentação na 1ª infância</li><li>- Data do parto e ansiedades</li></ul>
--	--	--

\*Codificação das participantes sugeridos por elas próprias.

Ao que tange a escolaridade dentre as sete participantes, duas finalizaram o primeiro grau, três mantiveram o primeiro grau incompleto e duas concluíram o segundo grau. Vivem com uma renda per capita entre R\$ 320 e R\$ 800 e delas, cinco são casadas, uma vive um relacionamento estável morando junto com companheiro e outra não mantém nenhuma relação com pai da criança à não ser sobre assuntos relacionados à mesma.

Das narrativas relativas aos cuidados e manejos maternos nas intercorrências com o RN, emergiram as duas temáticas a partir das quais os resultados estão apresentados:

“Aleitamento materno e cólica infantil” e “Particularidades do cuidado ao recém-nascido e a maternidade”.

## 5.2. Aleitamento materno e cólica infantil

As puérperas entrevistadas enfrentaram dificuldades com o aleitamento materno (AM) em termos de pega e de manejo. Conseguiram identificar inadequações na pega e correlacioná-la com a dor e ferimento em seus mamilos. Tal identificação foi promovida pelos conhecimentos adquiridos ou mobilizados nos ED bem como buscado em suas experiências e no apoio ofertado pela maternidade e UBS. Contudo, mesmo com o conhecimento teórico vivenciaram dificuldades em transferi-los para a prática do AM, efetivando intercorrências relativas à pega, sobretudo nos momentos iniciais vividos na Maternidade. Denotam perceber existir algo de errado com a pega, agem visando a manutenção do AM, mas vivenciam intercorrências mamárias articuladas à pega inadequada. Algumas consideram o manejo do AM um dos grandes desafios no cuidado ao filho.

*Ângela\* - “Depois que eu vim embora com ela, que meus seios rachou o bico, aí eu achei duro em dar de mama né!? [...] porque ela pegou errado[...] Mas agora, está cada vez ficando mais fácil né!? Depois que ela está crescendo um pouquinho mais, eu estou achando mais fácil[...] O peito rachou mais nos primeiros dias, aí depois ele foi melhorando..[...] Continuei dando de mama assim mesmo né!? Porque mesmo quando ele está rachado assim, se a criança pegar certo, daí ele não dói tanto né, dói se ela continuar pegando errado né!?”[...] Mesmo elas (facilitadoras dos ED) explicando né!? Só que foi de lá que percebi que ela estava pegando errado”.*

*Jéssica\* - “Teve um dia acho que ela passou a noite inteira na maternidade mamando, que ela só chorava e queria só ficar no peito, aí deu uma boa chupada, não rachou, mas deu uma boa machucada, acho que ela estava pegando errado e tal. Passei um pouquinho do leite assim em volta. [...] aí melhorou, dá uma boa ajudada. Lembrei do que conversávamos no grupo”.*

*Patrícia\* - “Tentava dar mama que eu não tinha... eu não... eu não tinha bico. Foi um sacrifício tá? [...] Ai eu botava assim ele me pegava e ficava nervoso. E eu ficava nervosa junto. Ai.. [...] tudo na maternidade. [...] Ai eu botava assim pra pega, a mulher pego compro um negocinho assim pra botar o peito... pra faze bico, não fez. Tem que ver... foi faze bico aqui em casa. Eu*





*sofri lá. Eu até fui pro banco de leite também tenta fazer ele mamar, também não consegui. Nossa... foi um sacrifício”.*

*Bruna\* - “Mas a parte da amamentação foi a parte mais difícil né. Na maternidade ela sugou tanto que meu bico começou a estralar. [...] Começou a rachar. Dar rachadura. Sugou a noite inteirinha e começou a rachar, dar rachadura. Por isso que lembrei. Mas no último encontro que eu fui vocês explicaram como fazer pra amamentar a criança: virá a criança pra gente e fazer ela pegar toda aréola...”*

A necessidade de apoio nos momentos iniciais da prática do AM é reforçada pela fala de todas as mulheres, apesar de reconhecerem a importância do veiculado nos ED. Enfatizam o quanto as primeiras mamadas são desafiadoras e, aquelas que receberam acolhimento neste momento ressaltam a contribuição dele.

*Anita\* - “Levaram eu pra, pro quarto onde ficam as mulher com os nenês (alojamento conjunto), ai eu fiquei com ela né, ai chegou a hora da primeira mamada... Eu num tava conseguindo. Porque ela num tava conseguindo pegar. Ai as mulheres, as moças de lá, as enfermeira, me ajudou. Ai ela conseguiu pegar. [...] Elas (equipe de enfermagem), fizeram eu da mama pra ela de novo. [...] No terceiro dia que eu já tava lá (maternidade), ai eu já conseguia dar mama pra ela”.*

*Ângela\* – “Ah, a maioria foi elas (grupo de diálogos) né!? Porque ajuda assim a gente sempre teve, mas assim, toda vez que tinha, a gente tirava as dúvidas com elas né!? Ai então eu aprendi tudo com elas” [...] Na maternidade eu também falei que tava machucado, e elas falaram que era pra passar o próprio leite que melhorava”.*

*Patrícia\* - “Eu dei assim... eu fiquei assim apertando assim tentando dar, aí a enfermeira (da maternidade) pego e deu um.. acho que é.. como fala.. leite mater.. leite que os outro dá né? [...] As enfermeiras dali (unidade de saúde) que me ajudou, a Maria\*. [...] A Ana\* ia... que veio aqui e me ajudou fazer bico”.*



Jéssica\* - *“A doula colocou ela assim em mim assim que ela nasceu, já colocou a boquinha dela, ela já catou certinho assim já, eu ainda pensei ‘nossa nem doeu’, porque eu achei ‘já pensou aquela coisinha mordendo, mas não doeu, não fez nada’ (risos). Graças a Deus não tive nenhum problema, ela pegou super bem, super certo, não dói ela mamando, pegou certinho”.*

As puérperas conseguem visualizar a pega errada e, a partir do aprendido nos ED, vão tentando alcançar o recomendado à pega e à proteção mamilar, com vistas a evitar lesões. Citam os ED como apoio para gerar o conhecimento utilizado no manejo de tais intercorrências. Demonstram utilizar as dicas práticas (evidencias concretas e passíveis de serem verificadas) veiculadas nos ED para alcançar uma pega efetiva.

Ângela\* - *“Ai eu fui falando o que elas falaram, de pegar a maior parte, da aréola que chama né!? Ai ela num pega tudo né!? Mas ela pega a maior parte, e num pegava né!? A maior parte, e já não doía tanto, pegou e agora ela pega certo né!? [...]eu esperava ela abrir bem a boca né!? ai eu colocava né, (risos), empurrava! [...] É, e se deixar ela ainda, ela pega só o bico, só o bico né!? Ai eu encosto assim, espero ela abrir a boca e coloco, a maior parte! [...] Ai eu coloco o dedo aqui no canto, pra ela pode soltar né!?” [...] Ah, ele (primeiro filho) ficou uns 15 dias, ai eu passava o leite né!? Que as meninas (facilitadoras do ED) falaram que era pra passar o próprio leite e não era pra passar nada mais, que o leite já cicatrizava né!? O leite materno! Ai eu fui passando foi isso mesmo”.*

Bruna\* - *“Ajudou muito! (participar do ED). [...] Eu participei da parte da alimentação, da hora de amamentar o que me ajudou porque os meus peitos, no começo eu tinha esquecido né... (risos) [...] Acho que foi você que falou pra pnhar ela um pouquinho mais em pé, virar né? [...]Ai foi a salvação (risos). Foi minha salvação que aí ela não machucou muito o bico do meu peito depois...”.*

Patrícia\* - *“Eu aprendi como faz pra pega a criança pra dar mamar, pra dar mamar assim (como pegar a criança)”.*

Jéssica\* - *“Foi ajuda de vocês, pra ela pegar certinho, que a gente aprendeu. Ajudou bastante. Naquela aula da gente, como que amamenta certinho,*



*pegar, a criança. Aqui, ela pega certinho agora, ajudou bastante. [...] eu acho que isso foi uma coisa que me ajudou bastante mesmo, que foi essa parte da amamentação, de como ela pegar e tal”.*

Outra intercorrência é administrar as particularidades de produção e esvaziamento de cada mama, com risco à mastite. Administrar a oferta de cada seio durante as mamadas é um processo desafiante às mães, quando os sinais de fome e saciedade do filho instabilizam sua segurança em estar alcançando sucesso no mesmo.

*Regina\* - “A enfermeira (USF) me orientou que esse (seio) ia acabar e esse ia ficar maior, mas mesmo assim, eu não conseguia dar esse! Então ficou mais nesse”.*

*Jéssica\* - No começo até empedrou, aí eu comecei a massagear e doía, porque tava empedrado, só que aí eu coloquei ela pra mamar, ‘vai mamando minha filha’, aí ela foi mamando, eu fui tirando também, começava a vazar porque ela mamava em um, vazava no outro e foi isso, até que agora parou, não empedra mais, porque eu acho que ela tá mamando bem.[...] É, e também eu não sei se o banho morno que não pode né, aquele banho muito demorado, morno, faz produzir mais leite. E eu lembro que vocês falaram bastante pra gente, que vem o leite mais gordo depois, que o começo é mais aguinha. [...] lembro disso quando ela tá muito esfomeada, que ela quer os dois.”.*

As falas maternas denotam que as mães desejam e buscam executar o AM conforme as recomendações do Ministério da Saúde (MS) transmitidas e discutidas nos ED. Sentem-se felizes por conseguirem amamentar, enfrentar as intercorrências, com intencionalidade da maior parte delas em permanecer de forma prolongada em AM exclusivo. Tal concepção é estímulo para enfrentar as dificuldades vividas no manejo inicial do AM, em especial as relativas a pega e esvaziamento mamário.

*Ângela\* - “Eu consegui, e quero dar de mamar bastante pra ela, [...] Aí por isso que eu ainda não desisti, eu sabia que ia melhorar logo, é ruim, mas a gente sabe que vai passar né!? Ai então, continuei, ainda dou de mamar, porque agora é mais fácil né!? Aí eu pretendo dar de mamar até uns dois anos*



*e meio, que é a idade certa né!? [...] eu dou só o leite materno [...] Só o leite materno mesmo”.*

Dentre as sete mães, uma introduziu, por conta própria o leite de vaca como complemento ao leite materno por significar que contribuiria com o crescimento e desenvolvimento da criança. O ato de alimentar é significado como responsabilidade materna com desdobramentos diretos na saúde da criança, sobretudo em termos de crescimento. Percebe-se na fala da mãe que introduziu leite de vaca na alimentação a intencionalidade de prover uma melhor nutrição à criança, conforme explicitado no trecho de sua fala:

*Regina\* - “Foi por minha conta! [...] Eu falei, vou dar, vai ajudar! [...] Aí, quando eu dou a mamadeira... Que eu espero um pouco, eu não dou logo em seguida! [...] eu coloco.... Porque eu coloco e fervero tudo de uma vez! Eu coloco duas de água, e meia de leite! Não... Duas de leite, e meia de água. Duas xícaras! Leite de vaca...Eu mesmo decidi assim”.*

Tal fala traz ainda elementos tradutores de um compromisso no cuidado ao filho, quando menciona ferver, dar um intervalo entre as mamadas ao seio e na mamadeira. Todas ações que tem em seu cerne intenções de um bom cuidado.

O retorno gástrico após a amamentação foi vivenciado por duas das participantes trazendo preocupação quanto à possibilidade de ser RGE. A avaliação clínica da criança nos serviços de saúde descartou a possibilidade de RGE e correlacionou o fato com o volume de leite ingerido. As mães validaram tal explicação ao relatado por outras mães de seu entorno social tranquilizando-se.

*Jéssica\* - “Ela gorfa bastante. [...] Ela (a médica) falou que não era refluxo mesmo porque ela falou que a bebê está engordando bastante. E tá engordando bem. Se não ela estaria emagrecendo ao invés de engordar. Então ela falou que é coisa de mamar demais. [...] E isso foi nos primeiros dias mesmo. [...] Todo mundo fala. Todo mundo que eu pergunto. Experiência com outras mães fala que é mamar demais. Bebê guloso. No dia que eu levei ela lá (na unidade hospitalar), que ela teve aquele problema de sair leite pelo nariz o médico de lá disse: ‘ ah, mãe mamou demais”.*



Sara\* - *“Toda vez que ele mamava, mesmo que ele arrotava, ele regurgitava e eu achava que podia ser refluxo dele, aí o doutor disse que era normal, porque ele mamava muito e o estomago dele é pequenininho ainda né? [...] Eu sempre ponho ele de lado, eu que via que tava, aí limpava, aí falava será que é? Aí peguei e já levei ele no postinho logo, não demorei muito assim, dias [...] eu fui direto e já conversei com o doutor”.*

A intercorrência da regurgitação trouxe sentimentos de angústia e sofrimento, em especial pelo medo de sufocação e perda da criança. Ambas vivenciam a necessidade de intervir diante da sufocação e demonstram despreparo para tanto, assim como aqueles que estavam com elas neste momento.

Bruna\* - *“Eu cheguei na terça da maternidade, na quarta feira isso já era mais ou menos umas 6 horas, amamenteei ela, deixei ela arrotar e deixei ela no berço e fui na cozinha pra pegar um copo de suco aí minha menina mais veia foi olha ela. Aí chegou lá ela já tava tudo roxinha sem ar sabe?![...] Esticando as perninhas e batendo as perninhas e levantando os bracinhos. Ai ela falou assim: ‘Mãe corre aqui que a nenê não ta bem’. [...] Ai foi na hora que eu já chupei o nariz dela, a boca, fiz isso três vezes, não saiu, aí massageei as costas dela. Aí foi a hora que já liguei pro meu marido e ele chegou, já saímos correndo, aí quando chego no caminho aí ela vomitou. Vomitou umas três vezes. Aquilo descia, bastante leite ‘quaiado’. [...] Ai quando ela voltou já voltou chorando, aquele choro bem forte mesmo. [...] Voltou a respirar de tudo. Mais foi difícil sabe?! Foi assim uns três, quatro minuto bem apertado”.*

Jéssica\* - *“Já passei um sustinho com ela outro dia aí, saiu leite pelo nariz, meu Deus do céu, de tanto que mamou. Fazia tempo já que ela tinha mamado e eu colocava sempre de pezinho, só que ela dorme, aí depois de muito tempo, ela dormiu em cima de mim, aí eu coloquei ela no carrinho aqui, eu toda hora olhando, toda hora olhando, aí eu escutei um barulhinho, a hora que eu vi, o nariz dela saindo leite, aquele leite grosso, meu Deus do céu! Pela boca, pelo nariz. Coloquei ela viradinha assim, a barriguinha na palma da mão. Nossa, mas aí foi um desespero, porque ainda levei ela no médico, na mesma hora levei ela no hospital escola pra ver se tava tudo bem com ela, mas tava graças a Deus, eu tava nesse estado que ela... Aí ele falou assim*



*‘Não, é que ela tá assustada, que nem você, mas leva ela no médico’, aí eu levei, aí a enfermeira falou pra mim ‘Você tá assustada mãe’, porque ela não acordava, eu falei ‘não dorme’ e ela já tava dormindo, ela tava morrendo de sono já e eu querendo que ela ficava acordada e nada, aí eu abri o olho dela assim e ela não acordava, falei ‘nossa lá em casa não posso tossir que você já acorda’. Mas tudo bem graças a Deus, foi um sustinho”.*

Tais eventos permaneceram na memória destas mães e ao serem lembrados suscitam questionamentos acerca de sua ação e compromisso com o cuidado do filho.

Bruna\* - *“Eu nunca deixei ela assim sozinha muito tempo, eu cabo de amamentar, ponho ela na cama, ponho o travesseiro um pouquinho mais alto de lado e a cada dez minuto que eu puder eu vou oia.[...] Eu dei de mamar, ponhei pra rotar e deitei. E eu confiei assim sabe: já que ela rotou eu posso deitar, eu confiei. [...] Eu me cobro! Porque talvez possa ter sido descuido meu. Que eu quis ela no berço e fui pergatar um copo de suco e deitar. Talvez eu podia ter ido com ela no colo pegar o copo de suco. Hoje eu já assim: deixo ela rotar e fico um bom tempo com ela”.*

A mesma ainda faz referência aos ensinamentos dos bombeiros para lidar com o ocorrido e a outra indica suas estratégias para evitar o retorno gástrico.

Bruna\* - *“Todo mundo falava uma coisa. Levanta pra cima, aaaah, éeeee, aí eu lembrei que o bombeiro, que eu vi uma reportagem que o bombeiro pediu pra quando bebê engasga virar ele de costas e massagear as costas né?![...] Aí eu lembrei isso na hora e talvez possa ter sido isso que salvou a vida dela porque deu chupar o nariz dela não saiu. Pode ter sido isso. Deus também trabalhou né?!”.*

Jéssica\* - *“Não fazia nada em casa porque eu tinha que ficar olhando pra cara dela. Com medo dela engasgar[...]. Na verdade eu já começo a ver quando ela tá... Ela não mama coisa de meia hora. Ela não chega a mamar mas ela... Ainda sim parece que já enche ela. Coisa de 20 minutos. As vezes até talvez meia hora mas no máximo. Coisa de uma hora ela não mama. [...] E aí eu pego e vejo, na verdade eu já sei quando ela não quer mais porque ela já começa a se mexer demais, ou se não ela dorme no peito, eu vejo que ela*

*dormiu ... Não quer mais.[...] já coloco ela de pezinho [...]. Coloco para arrotar. [...]Deito ela de ladinho”.*

Porém, todas as mães destacaram o AM como propício a uma interação de características únicas e de potência para intensificação dos laços afetivos e vínculo.

*Bruna\* - “Eu pegava, amamentava, conversava bastante com ela sabe!?Pra olhar nos olhos do bebê e falar: ‘mãe tá aqui, eu vou te passar aquela parte assim de segurança sabe? Pode contar com a mãe’. Eu conversava muito com ela né!? Aí coçava a cabecinha dela, ela começava a chorar eu cheirava o pescoço dela, então assim, consegui acalmar ela. Aí já foi muito bom! Até hoje, tem hora que eu falo assim: ‘cadê a pequena?’ (risos), aí ela já vai parando o chorinho. Aí ela ia chorando bem mais devagar... E já "oiáva" pra mim e parava de chorar... Aí é tanto que agora ela já mamar, já "óia" pra mim... Fica conversando e "oiando". Mas construí sim (um vínculo). Na parte de amamentar, de conversar... É muito bom. Ela chupava muito forte (risos). Era muito bom, eu conversava com ela, ela “oiava” assim... na hora de amamentar isto é muito forte”.*

As entrevistas revelam ainda a correlação estabelecida pelas mães do AM com a cólica infantil, em especial na concepção de ser ter associação direta com a pega inadequada e a forma como a criança mama.

Entendem que a criança pode engolir ar em função disso e, tal fato leva à distensão abdominal e posteriormente à cólica.

*Ângela\* – “Acho que aconteceu faz uns dias, que ela pegava (o seio) e soltava, pegava e soltava né!? Acho que entra mais ar e dá cólica”.*

*Jéssica\* - “Então... As vezes eu não sei exatamente se ela tá com cólica [...] Porque as vezes na hora de mamar entra um pouquinho de ar. Eu já tentei de todos os jeitos tampar o ar mas... Coloco bem assim o narizinho dela. Mas eu vou escutando... [...] Eu já até mudei (de posição).Eu sei que entrou aquele ar porque eu escuto fazendo ‘bloc’ na barriga dela. E eu já tentei... Tem horas que faz e tem horas que não faz. Aí tem hora que eu não sei que jeito que ela faz e eu tento tampar a boca dela pra ver se (risos) não entra um arzinho mas*



*consegue entrar. Aí as vezes que no caso se ela engole o ar ela já pega e joga o leite mais rápido entendeu!?”.*

A cólica infantil está entre as intercorrências mais mencionadas pelas quais as mães deste estudo, ocasionando angustias, sensação de impotência e desejo de uma breve resolução.

Ângela\* – *“O trabalho que ela dá é só quando ela tá com dor né!? Que a gente não consegue fazer nada pra parar de chorar rápido assim, mas até que tá bom agora[...]”.*

Anita\* – *“Ai... E também cólica!”.*

Bruna\* – *“Só a parte da cólica que veio, né?! [...]Teve cólica”.*

Patrícia\* – *“Cólica dá..[...]Dá toda hora. [...] Começou quando ele tava no hospital”.*

Jéssica\* – *“Ela tem cólica!”.(fala enfática)*

As puérperas identificam a cólica por sinais corporais de desconforto manifestados pelo bebê, com destaque para sua maior irritabilidade em alguns horários específicos do dia.

Ângela\* – *“Ah, ela chora forte né!? Fica com as perninhas mexendo muito! A carinha fica vermelha! [...] É, ela tem mais assim de manhã, na hora do almoço e a tarde! No final da tarde né!? No final da tarde...”*

Jéssica\* – *“Ela começa a dar umas gemidinhas, aí eu vejo que é cólica”.*

Para o tratamento da cólica mencionam o uso da medicação com orientação médica (quatro das sete entrevistadas).

Anita\*– *“Aí eles (equipe de saúde) me deram um remedinho [...] Aí toda vez que der cólica nela eu dou o remedinho [...]”.*

Ângela\*– *“Ah assim, ela fica chorando. Porque eu dou remédio também né!? Porque o pediatra receitou pra ela, ai ela não fica chorando muito. Luftal®, que eles falam né!? To dando porque ele receitou”.*





Patrícia\* - *Eu dou remédio que o doutor passou também”.*

Jéssica\* - *“Ele (o pediatra da unidade de saúde) passou um remedinho pra gases pra ela. Aí as vezes eu vejo que ela demora pra fazer cocô aí eu vou e dou. [...] Eu acho que é 2 gotinhas. Ai eu dou duas gotinhas e depois de um tempo passa. Mas as perninhas dela não para. [...] Ela faz muita força”.*

Contudo, para o manejo da cólica infantil, associam à intervenção medicamentosa estratégias não medicamentosas discutidas nos ED. Relatam ampliação de seu repertório de intervenção junto à cólica infantil e sentem-se satisfeitas com a associação entre as intervenções medicamentosas e não medicamentosas, com a impressão de estarem contribuindo com o bem estar da criança. Afirmam tentar fazer um uso mais amplo das estratégias não medicamentosas por entenderem que muito medicamento não faz tão bem à criança. Porém, suas descrições sugerem ser amplo e prevalente o uso dos medicamentos.

Ângela\* – *“Ah, eu faço igual as meninas falaram né!? Eu encosto a barriga. Eu dou o remédio primeiro né!? Ai como ela demora, eu encosto barriga com barriga né!? Aí eu vou ficar ela né!? Como vocês (facilitadoras do ED) ensinaram. Aí eu acho que vai passando né!? Que ela vai parando de chorar mais ou menos né!?[...] Faço massagem né, encosto barriga com barriga, as vezes dou um banho também né, um banho morninho, e até que fica bem né!? (Risos) [...] Porque eu não sabia, aí, assim, até que está sendo mais fácil. Pra ele (primeiro filho) eu só dava remédio né!?[...]”.*

Anita\* – *Vocês (facilitadoras dos EDs) falaram da cólica. Vocês falaram do banho! [...]na hora da cólica que eu lembro bem, que ela assim não tem muito, não deu muito trabalho, muita cólica, mas que nem vocês falaram do banho, pra dar banho, dar aquele bainho gostoso pra tirar a colicazinha dela, funcionou bem, quando ela tá, eu não gosto de ficar dando muito remédio, porque eu acho ela muito pequenininha, eu já vou mais no banho, que nem vocês falaram”.*

Regina\*– *“Então, o banho no balde também, acho que ajudou bastante! Porque... ajudava ele a relaxar, nos períodos das cólicas. Aí eu dava banho, deixava ele lá dentro e deixava ele relaxar, ai eu tirava e ele já não continuava*



*mais chorando... Então ajudou bastante![...] Os exercícios das perninhas deu certo... Que ajuda né!? A soltar os gases de dentro, deu bastante certo sim! Exercícios que eu fiz bastante com as perninhas”.*

*Bruna\* - “Cólica dela assim, mais na massagem mesmo. Fazer massagem, deixar só no peito mesmo como vocês falaram... [...] Mais massagear, fazer tipo bicicletinha com as perna. Ou eu deito ela de bruço e passa também. [...] Esquenta. É... É isso”.*

*Patrícia\* - “Ai eu boto ele assim... assim de bruços assim (mostrando).. [...]Eu boto ele assim... eu boto ele em cima da minha barriga... pra ver se para um pouco. É melhor”.*

*Jéssica\*- “As vezes eu tento fazer uma massagenzinha[...]. Mas mais da perninha mesmo. Que aí é na hora que eu vou trocar. Isso eu vi, foi no comecinho (dos ED). Uma das primeiras aulas que eu fui. Que ai eu acho que tinha uma senhora lá. Que ela é mais experiente. (risos) [...] Ela e você também estavam falando que é da massagem assim que faz. Não lembro que lado... No sentido horário (risos) sentido anti-horário...[...]Sentido horário né que faz na barriguinha. E dá umas nas perninhas assim pra ver se melhora, circula o...ar... Mas foi lá mesmo (nos ED)!”.*

Concebem a temática da cólica infantil como cercada por mitos e, estes trazem dificuldades ao seu manejo pelo fato de não terem a certeza do que é de fato verdade ou não neste contexto. Neste sentido as conversas desenvolvidas nos ED trazem balizas para lidarem com tais mitos e fazerem suas escolhas no manejo da mesma.

*Anita\* -Da cólica já falaram até de fazer suco de limão assim sem açúcar, colocar na boca, eu falei imagina!! (risos) que suco de limão vai tirar a dor (risos) ... imagina, ai eu fui também pelo remedinho, pelo banho mas, conversar ali no grupo ajudou, ajudou a gente a pensar mais que o remédio.”*

*Patrícia\* - “Porque chá não pode dá [...]as enfermeiras lá (do postinho), ficaram falando pra não dá chá pra ele. Eu já ia dar”.*

*Ângela\* – “Dar chá para o bebê quando tiver cólica, eu não tenho coragem de dar chá pra ela, eu tenho medo, dela sei lá, se afogar né!? E a mamadeira*



*também eu não quero dar para ela agora, dando chá né!? Vai que ela larga do peito por causa da mamadeira né!? [...] eu dou só o leite materno e os remédios né, que o médico receitou né!? Mais se não, eu não dava nada, acho que só o leite materno mesmo”.*

Para uma das mães, a crença de que os hábitos alimentares maternos afetam a presença e intensidade da cólica na criança esteve presente e, as conversas no ED não foram suficientes para transformar tal entendimento.

*Ângela\*—“Ah então, eu tava achando que era por causa da alimentação que eu estava tendo, ai eu cortei algumas coisas né!? Ah, eu acho que o feijão, é ... Manga né!? Alguma coisa com limão assim, ácido, tudo essas coisas assim, ai eu cortei, cortei não faz muitos dias né!? Ai agora, parece que tá melhorando, não sei se é ilusão mas parece que tá diminuindo né!? As cólicas dela... Eu acho que é por causa da alimentação né!? Não sei também né!? Caldo de feijão, essas coisas assim é muito forte né!?”*

O mesmo se estende para as questões sobre alimentação infantil. Há uma tendência do posicionamento materno ser em prol do AM exclusivo, mas alguns mitos persistem para algumas.

*Regina\* “Eu quero dar o leite do peito. Só que eu acho que ele não está deixando ela forte. Meu leite deve ser fraco. Por isso dou o leite de vaca junto”.*

### 5.3. Cuidado ao recém-nascido e a maternidade

O cuidado materno ao filho relatado pelas mulheres deste estudo como algo com o qual elas possuíam de certa forma aproximação, mas, simultaneamente, “novo” e que congregava em si uma responsabilidade, uma necessidade de alcançar-se um patamar de desenvoltura.

Anita\* – *“Eu não sabia né, não tinha noção do que que era, até assim, eu tinha noção mais ou menos em cuidar, por que minha mãe teve meu irmãozinho que hoje tem 4 anos [...]e eu até via ela cuidar, dá banho, trocar fralda, mas eu num tava perto quando ela ganhou né [...]eu não fazia a mínima ideia (risos) Aí vocês falaram pra mim”.*

Sara\* - *“Eu acho que eu tava sem pratica né (risos), mas uns dois dias eu tava prática, dava banho, tudo, ele é bem mais calmo (comparando à primeira filha)”.*

Bruna\* - *“Eu tinha bastante dúvida né!? E por mais que seja a segunda gestação, a gente sempre tem dúvida, medo de não dá tudo certo. Mas deu!”.*

Jéssica\* - *Nos primeiros dias foi super difícil porque ela parecia que não queria ficar comigo. Eu não se se é porque eu não tinha experiência (risos)”.*

O cuidado com o coto umbilical revelou-se como um dos primeiros desafios à mulher, para o qual muitas relataram insegurança e medo. Temiam a dor ou a possibilidade de gerarem lesão ao manipulá-lo para os cuidados. Os conhecimentos e dicas veiculadas nos ED foram resgatados e promoveram confiança para tomadas de decisão. Estas balizaram-se também no confronto entre as informações recebidas no pré-natal e no ED e aquelas da Maternidade. Neste sentido, houve concordância, o que se consumou em apoio para o cuidado do coto umbilical. Todas as mães ouvidas descreveram segurança no desempenho de tal ação cuidativa, com desfechos de sucesso. Algumas revelaram que mantiveram o receio e medo na manipulação do coto.

Anita\* – *“Do umbigo que eu também não fazia a mínima ideia [...] eu (falei) vou fazer que nem vocês (ED) falaram, que tem um álcool próprio e passar e resolveu certinho, tá tudo certo já com ela. [...] Tudo o que vocês falaram*



*também lá dentro da maternidade também... eles confirmaram, eles falaram a mesma coisa”.*

*Ângela\* – Ah, o umbiguinho dela acho que caiu com 12 dias. Foi bem tranquilo, porque elas (grupo de diálogos) ensinaram também o jeito de limpar né!? [...] Na maternidade... Ah, eu tive um pouco (medo)! Na hora de trocar né!? Medo de arrancar! (Risos)”.*

*Regina\* - “O umbigo que vocês me ensinaram, eu já ia fazer o contrário, eu já ia, que nem eu cuidei do da Thamires\* (primeira filha) eu ia colocar fumo, é ... colocar faixa, essas coisas...e eu cuidei do dele só com álcool! [...]Ai o umbigo dele ficou... Não ficou um umbigo estufado, e o um umbigo estufado, e não ficou! Então pra mim foi... Ajudou bastante! Uma oportunidade muito boa”.*

*Sara\* - “Eu fiquei boba, que caiu em 5 dias o umbiguinho dele, nunca tinha cuidado de um umbiguinho, foi muito fácil, eu achava que ia ser complicado, eu tinha medo”.*

*Bruna\* - “O mais difícil foi que o "imbigo" dela que demorou a cair também, acho que é... Preocupação! Mas depois que o "imbigo" da nenem caiu que levou mais ou menos uns 28... 22 dias, ai eu fui assim mais despreocupando sabe? Não sei o que aconteceu, que eu fazia higiene tudo certinho, igual vocês falaram, mas da minha menina, da minha primeira menina, também demoro cai. [...] Mas não infeccionou”.*

*Patrícia\* - “Ah o ‘imbigo’ também...o ‘imbigo’ eu peguei é.. como fala.. cotonete fiquei limpando direitinho. [...]Ai até.. ó caiu num.. num.. quinto dia. É como a Andrea\*(do grupo) falou. Ai eu lembrei”.*

*Jéssica\*- “O umbiguinho dela também caiu certinho, depois de 7 dias. Foi tranquilo. Acho que foi a única coisa que eu não tive medo porque eu achei que eu ia morrer de medo, ainda eu perguntava muito (nos ED) porque eu ainda perdi a aula que teve falando sobre cuidar. Mas eu ficava com medo né. Ai eu ainda perguntava pra vocês. E eu não tive oportunidade de participar da aula. Mas foi tranquilo lá (na maternidade) eles falaram e o umbiguinho dela começou a ficar pretinho acho que em 2 dias. Já estava*



*começando a ficar pretinho e só eu tinha coragem de cuidar. Ai essa uma única coisa que aqui em casa ninguém fazia (risos) só eu que era a que ficava passando o 'alquinho', ficava limpando bonitinho. E em 7 dias certinho ele caiu”.*

O coto umbilical é de fato uma das preocupações maternas e precisa de acolhimento. Uma das puérperas recorreu à tecnologia da informação para fazer pronto contato com uma das facilitadoras do ED no intuito de sanar dúvidas à respeito e obter a segurança de estar tudo transcorrendo dentro da normalidade.

*Jéssica\*- “Eu ainda fiquei com medo assim de algo que aconteceu ainda perguntei pra Carolina\* no Whatsapp, que ela tinha passado o número dela ai falei assim, perguntei pra ela, ela disse que era normal ele ficar assim, porque ele tava meio assim dando uma secreçãozinha mas nada demais”.*

Os cuidados com o coto umbilical estão entre aqueles que são prevalentemente afetados por crenças e conhecimentos populares. E, as mães deste estudo utilizaram-se do empoderamento promovido nos diálogos para lidar e enfrentar tais pressões sociais.

*Anita\* – “Assim, que nem, as mais velhas sempre vêm com umas conversas mais assim, que nem do umbigo, que ai tem que colocar paninho, tem que amarrar, isso, isso e aquilo, a barriguinha pá... Já até falaram de colocar fumo no umbigo dela, só que daí eu falei, imagina que eu vou fazer isso. [...] Escuta mais as experientes que já sabem mais, mas eu falei não é que nem antes né, agora é 2015 não tá mais a mesma coisa né... ai também eu contei aquela que vocês (grupo de diálogos) falaram que, quando colocava o fumo mesmo no umbigo que morria nenê que não dava certo, que isso era coisa de índio, não sei qual de vocês que falou pra mim (risos) [...]que era, que índio que colocava no umbigo do nenê isso, que as parteira também colocava, e o neném morria, ai jamais que eu ia fazer com ela”.*

Outra particularidade diz respeito à pele do RN e sua propensão à algumas intercorrências. Neste sentido, as dermatites de fralda acometeram quatro das sete crianças em questão na pesquisa e foram identificadas pelas próprias mães. A equipe de saúde da USF e maternidade foi uma grande aliada para identificação da causa e

resolução dessa questão com métodos que incluem uso de pomadas industrializadas e caseiras.

Anita\* - *“Teve assadura. Ai eles (USF) fizeram eu fazer uma maisena® com óleo [...] Ai pra assadura era por causa da troca de fralda. Ai eles foram... Me deram também outra pomadinha. E falaram pra eu fazer um remédio caseiro que era de maisena® com óleo de girassol”.*

Ângela\* - *“Ela teve (dermatite de fraldas)! Ai eu passo pomada né!? Que ela sempre tem né, se eu parar de passar assim, ela já fica com assadura, fica bem vermelho né!? Não sei assim se é uma assadura... Mas fica bem vermelho né!?”.*

Patrícia\* - *“Assadura. [...] Aqui ó (mostrando o local). Ai eu fui no médico (da unidade de saúde), passou pomada, aí eu passei. Acho que foi a fralda, da fralda”.*

Jéssica\* - *“Então, ela começou a ter um vermelhãozinho na maternidade já. Isso tudo porque eu usei lenço umedecido. Ai por ser lenço umedecido a enfermeira (da maternidade) mesmo disse, no dia que ela foi dar banho nela, ela pegou e falou: ‘Você tá vendo mãe que tá meio vermelhinho? Então, ela falou assim: ‘Eu acho que ela tá com alguma alergia, já tá querendo assar já [...] O que você tá usando?’ Ai eu falei: ‘Eu estou usando o lenço umedecido’.*

*Ai ela falou que seria melhor parar. Ai lá eu comecei a usar um paninho. Molhava o paninho e limpava ela. Ai aqui em casa eu uso algodãozinho. Eu pego, já coloco assim uma tigelinha com água, e vou molhando e vou limpando ela. Só limpo com isso. Só algodãozinho. Geralmente pra sair ela não precisa ser trocada. Geralmente é coisa rápida, sabe? Então já troco ela antes pra não precisar levar [...]. Pra limpar xixi, coco, tudinho. Porque aí eu seco também! Tem um paninho já de secar todas as dobrinhas dela. (risos). Da minha gordinha né!? Ai não teve mais não, graças a Deus. Esse problema ela não tem mais”.*

Um das crianças desenvolveu candidíase perineal o que causou preocupação materna por ser algo ainda desconhecido por ela dificultando seu reconhecimento da intercorrência, levando a questionamentos de seu cuidado como mãe, porém, recebeu



acolhimento da equipe na unidade de saúde da família para juntos solucionarem o problema.

Regina\* - *“Ah, um negócio que saiu no saquinho dele também que eu não sabia que saia... Ah, eu não sei falar direito, tipo um fungo? Que a Ana Maria\*(enfermeira da USF) falou que é tipo assim, que tem criança que pega sapinho... Aí ela falou que é a mesma coisa, que é um sapinho, só que pega lá em baixo! Aí eu fiquei preocupada.... Porque ele é tão bem cuidado... Eu banho, eu limpo, toda troca eu passo lenço, passo pomada de assadura... Ai eu fiquei preocupada, porque eu vi que não era assadura! Começou a ficar uns carocinhos do lado, aí depois já começou a ficar vermelho e o saquinho começou a aumentar... Ai eu levei lá na Ana Maria\* e ela falou pra mim que não, que era normal sair! Ela falou assim que pega sapinho e a mesma coisa, é um sapinho só que pega em baixo, mais ainda tá meio vermelho”.*

Novamente a candidíase teve como estratégia de tratamento uma pomada indicada pelo médico levando a mãe sentir-se mais calma mesmo ainda em meio ao tratamento e enfrentando ainda a situação.

Regina\* - *“Então, ela passou uma pomada, ai... É... Não, o pediatra passou uma pomada. Toda troca eu passo! [...] Aí eu limpo, ou com lenço ou quando eu dou banho, ai eu já passo! No local vermelho... Então, saiu, os carocinhos saíram, mas tá bem vermelho ainda! Tem hora que fica bem vermelho! [...] Eram bolinhas”.*

E ainda, uma das crianças com dermatite de fralda também apresentou erupções cutâneas que também foram observadas pela mãe e tratadas pela unidade de saúde que os acompanha com medicamentos convencionais.

Anita\* - *“Alergia eles me deram um antialérgico. Então eles me deram a pomadinha, eu passei e já até resolveu oh (mostrando o pescoço da filha). Já até resolveu. Tava aqui no pescocinho e na barriguinha dela. [...] Falaram que é calor. Que tava muito calor, ai ela estava suando aqui debaixo do pescoço e a barriguinha e ai começou da umas bolinha vermelha nela”.*





Outras duas crianças dentre as quais foram acompanhadas, apresentaram falta de evacuação por dias prolongados sendo essas mães assistidas, apoiadas no momento de aflição e aconselhada por sua família, facilitadoras dos ED e serviço de saúde.

Sara\* - *“Fora ele ficar esses 3 dias sem fazer cocô. Eu tentava fazer massagem, ele não fazia, eu estava tão preocupada, falei: ‘Nossa eu tô tão preocupada com esse menino’. Demora né? Pra gente é tão ruim, imagina pro bebê né? [...] Eu vi que domingo ele não, vi que aquela hora ele não tinha feito, aí falei vou ligar pras meninas (do ED) pra saber né!? [...] Aí eu comentei com a minha mãe, minha mãe falou ‘Faz massagem na barriguinha dele, pega um olhinho esquentado na sua mão e passa’ e ela falou ‘leva esse medico no medico não é normal não’ [...] Mas graças a Deus ele fez depois”.*

Regina\* - *“Que ele ficou com o intestino preso... Que ele ficou.... Que ele ficou acho que uns 5 dias sem fazer coco! [...] Aí eu fiquei preocupada... Porque eu não sabia, não aconteceu com a minha outra filha, aí eu tive que correr lá e perguntar, aí o médico me explicou que era normal, que ele ia ficar mesmo [...] Eu entrei em desespero, até chorei! Porque ele não fazia, até chorei... O médico disse que era normal ficar! Mas mesmo assim, mesmo o médico falando, aquilo ali não entrava na minha cabeça! Porque eu via ele fazer força e não fazer nada. [...] Daí ele tentava fazer força, mas não fazia nada, ele ficava agitado, ficava nervoso! Ai eu levei ele de novo no Dr. Pedro\* e ele disse: ‘Não, é normal!’, se por acaso ele não fizer, eu... Teve momento que a minha vontade era colocar supositório nele, no mesmo dia... Ai o Dr.*

*Pedro\* disse: ‘Não, não coloca, espera mais uns dias que é normal’ ... Ai depois você coloca. [...] Ai você pega e coloca o supositório! Ai eu colo... Ai eu coloquei... Não coloquei dentro, estimulei só, que nem ele mandou, ai fez... [...] Ah, sei lá... Me senti preocupada, me senti nervosa! Acho que eu fiquei mais agitada do que ele! Dele não fazer mais... Tipo assim, dele não fazer mais não! Não fazer mais sozinho! É ... E que nem, falaram pra mim que se eu colocasse supositório, ele ia viciar e não ia mais fazer sozinho! Então era essa minha preocupação”.*

Dentre as rotinas de cuidado, o banho foi destacado por todas como de descoberta e potente para ampliar interação com o filho. Apontaram que transpor o

medo de realizá-lo e ganhar a desenvoltura técnica para ele é importante e contribui com a vivência de momentos prazerosos entre elas e a criança. Assim, reforçaram a importância de terem dramatizado e conversado sobre ele nos ED.

Anita\* - *“No terceiro dia que eu já tava lá (na maternidade) já dei banho nela...Porque eles (equipe de enfermagem) não deixaram eu dar banho nela no primeiro dia. Só no segundo dia que ela nasceu. Foi muito bom”.*

Patrícia\* - *“Nossa pra mim... assim, pra da banho nele eu fico com medo de.. de pega no ouvido dele, tem que ver.. [...] Aí eu pego assim, direitinho assim, aí começo a dar banho nele assim (mostrando). O grupo ajudou muito. [...]Eu consegui. [...] eu não ia saber de nada disso (se não fosse pela participação no grupo)”.*

Jéssica\* - *“Agora o banho dela sou eu que dou. Eu que sou a mãe (risos) e é muito bom. Ficamos ali eu e ela, juntas”.*

Duas mães sofrem intervenção próxima de sua família, em especial de suas mães, no cuidado de suas crianças. Apontaram limites em suas condições físicas (pontos da cesariana) para assumir plenamente o cuidado de seus filhos e conceberam o apoio como importante, mas que simultaneamente suscitava sentimentos como ciúmes e medo das consequências negativas à ligação mãe-bebê. Ambas demonstraram que desempenhar os cuidados diretos à criança integram necessidades maternas no tempo puerperal.

Bruna\* - *“Eu tive muito assim ajuda da minha mãe né!? [...] Acho que (chorava muito no início) porque os meus pontos não cicatrizavam, o "imbigo" não caia, e aquilo... Eu queria dar banho nos primeiros dias e não conseguia dá banho! Queria trocar nos primeiros dias e não conseguia, então eu acho que aquilo foi me incomodando [...] Assim, a vida ativa que eu fazia, aquele serviço, minha mãe fazia pra mim... Eu não tava tendo condições de fazer.... Achava que aquele momento era um momento meu sabe!? De dar banho de primeiro dia...Limpar o "imbigo"e tudo... Não porque minha mãe tava fazendo... Porque eu achei que era um momento meu!Na parte de amamentar, eu amamentei! Mas na parte de dar os banhos era minha mãe*

*que tinha que dá, porque eu não conseguia dá banho! Aquele momento ali que eu, queria que fosse meu sabe!? Mas foi minha mãe que cuidou...[...] Eu não consegui... Pra passar aquela primeira imagem de mãe pra filho sabe!?[...] acreditava assim naquela primeira imagem pra passar aquela boa impressão de mãe pra filho sabe!? Pra ter aquela ligação! 'Filho eu sou sua mãe, sua mãe tá aqui', sabe!? Mas ai já eu, não consegui...Porque foi minha mãe que cuidou! [...]. No começo não foi assim! Quando ela chorava minha mãe pegava, né?! Ai eu já achei assim...Talvez foi por ciúme que eu já fiquei assim... (risos). Tava enciumada. Em vez de tá ali fazendo papel de mãe, minha mãe que fez o papel de mãe sendo a avó. Mas pelo menos a minha mãe tava comigo pra me ajudar!" [...]“A cesárea começou a inflama e também já foi mais outra semana, só que depois disso eu fui tomando os antibióticos e já fui passando aquele vínculo mais forte sabe? De mãe e bebê! Ai eu já comecei a dar banho, já conversar mais e tudo... Chegou a parte melhor! Mas queria que fosse tipo assim ... Um vínculo mais forte. Igual tá sendo agora. Agora ela chora eu tô pronta pra pegar, pronta pra amamentar, pra trocar a fralda, dar um banho...Agora sim , graças a Deus, tá bem melhor”.*

Jéssica\* - *“Chegou em casa, por conta também da... Dos pontos que teve que dar, eu tinha que toda hora que eu ia no banheiro urina eu tinha que me lavar. Então era difícil pra mim ficar sozinha com ela porque... As vezes eu sentia vontade de ir no banheiro mas não tinha como eu ficar, tinha que tomar um banho, não podia por causa dela. Eu pegava, colocava um paninho, que eu não sei pegar direito, aí ela só chorava, chorava, só queria saber de mim pra mamar. Ficava com a minha mãe, ficava até com meu pai, com minha irmã e nada de ficar comigo. E eu acho que tava até indo... Assim nos primeiros dias que eu sai de lá eu tive tipo assim.... Não foi uma depressão mas foi tipo assim como se fosse uma tristeza. Depois eu ainda ali na internet que aquilo foi normal. [...]Mas foi como se fosse assim uma tristeza assim... Eu ficava perto dela e ficava nossa porque eu não conseguia dar banho nela eu, morria de medo. Na maternidade eu não dei banho nela. O primeiro banho dela, eles dão. Ai o segundo já é a gente né?! [...] Só que eu não consegui. Eu ainda eu chorei na hora (risos). [...] Ela não ficava muito comigo de jeito nenhum e eu*

*também já tava meia 'Ai, não consigo dar banho nela, ela não fica comigo' Ai eu já tava... Foi...Foi ficando mais assim, mais emotiva eu acho. Mas até que ela foi acostumando comigo, foi passando [...] 'Ai eu comecei a dar banho nela. Comecei a aprender a dar banho nela e cuidar dela. Que eu tinha que ficar sozinha já, que eu .... Minha tia vinha dar banho nela. Mas ai eu falei: 'ah chega né?!'. Ai eu comecei a criar coragem, comecei a dar banho nela... cuidar".*

As mães deste estudo afirmaram ser constante a preocupação com o bem-estar da criança desde os tempos gestacionais, trazendo preocupações com o presente e o futuro.

*Bruna\* - "Assim, que você não tá bem sabe!? Na hora lá não dá certo, da super... Não tem como mais dá medo! Porque na verdade é uma coisa inexplicável né!? Hoje você tá bem, amanhã não pode tá... Com medo da neném não tá bem! Dá gente não tá bem... Mas a gente pensa mais na criança, no bebê! Não na mãe, no bebê! Dele nascer e de não tá tudo bem né!? Graças a Deus deu tudo certo né!? Durante a gestação... [...] de ter um aborto espontâneo sabe!? Sem saber que a neném tá bem, e sempre, quando a gente tá vendo é uma coisa, quando a gente não vê é diferente, isso era meu medo! Assim, dela tá... Deu tá gestante e não ver ela sabe!?[...] na gestação eu tive muito 'barriga dura' ai o Dr. Pedro\* falou assim pra mim que tinha que fazer repouso, que se não o meu útero podia expulsar a neném! Só que aí o meu medo era assim... De eu tá bem e ela não tá bem! Entendeu agora? Porque assim, as vezes ela ficava muito tempo sem mexer, aí a gente ficava com medo sabe? Por causa disso, que eu trabalhei pegando peso... Colhendo laranja.. Então o peso podia forçar isso".*

As mães relatam adotar uma atitude vigil e próxima de sua criança, com vistas a identificar suas necessidades e efetivar cuidado em prol dessas. Afirmam empenho materno em ser responsiva à criança com vistas ao seu bem-estar e crescimento e desenvolvimento saudável. A mulher sente-se diferente quando se torna mãe, sobretudo em termos de compromisso para com outro ser humano, sendo esse nutrido pelo amor que sente pelo filho. Amor que busca a proteção desta criança.

Bruna\* - *“A mãe faz tudo! Bom, pelo menos eu faço. [...]A gente é capaz de matar, de correr atrás ou voar por causa de um filho.[...] E tantas noites de sono que a gente perde. Eu já perdi por causa da outra e tudo. A gente vigia 24 horas, levanto duas três vezes, vou no quarto da outra. Acordo pra vê se essa aí tá respirando. É como fala é o instinto mãe. Não tem como. Mas é bom. É um instinto bom. [...] A mãe tá sempre ali. Se tossiu ou gemeu, você tá acordada. Não sei porquê. Eu amanheço a noite cansada sabe. Mas se tossiu ou gemeu eu sei.[...] Por isso eu falo que o instinto mãe é forte demais. Então por isso que eu falo, hoje eu falo que não quero ter mas pode ser que daqui 2, 3 anos eu esqueci essa parte difícil e já engravidado de novo (risos)”.*

Jéssica\* - *“Sei lá, depois que você é mãe você se sente mais mulher, não sei. Eu me sinto! Ainda me falaram: Nossa agora parece que você tá mais assim... Mas eu não tinha reparado. Eu olhei as vezes assim no espelho. E ainda tem quem olhe e ache que eu ainda sou uma criança com um bebê (risos). Não só fisicamente mas um ar assim que você se olha no espelho e não sei... Diferente! Totalmente. Depois que veio ela...Assim... É difícil... Mas você sente mais forte. Você não é mais uma menininha. Você assim, tem que ser mais forte por causa da filha assim, tem que ser mais forte, tem que ser mais... Você se sente mais firme. Você já é responsável por essa coisinha pequena”.*

Dado todos os fatos citados das entrevistas é possível ainda, de um modo geral, entender diante de algumas falas a importância de ter participado dos ED ao longo da gestação, a riqueza da troca de experiências para a tomada de decisões em situações que permeiam o ser mãe e cuidado da criança. Para cada mulher uma temática foi de maior contribuição, denotando serem as necessidades distintas. A possibilidade de ouvir e aprender a partir de diferentes histórias e vivências por meio do diálogo acerca delas em um coletivo demonstrou favorecer aprendizagens a tais mulheres, com implicações para o manejo das situações de cuidado ao filho.

Ângela\* - *“É... Mas assim, foi com elas (facilitadoras dos ED) né!? Quase tudo! Então elas(facilitadoras dos ED) me ajudaram bastante. [...] Ah, em quase tudo elas (facilitadoras dos ED)me ajudaram né, elas(facilitadoras dos ED) me ajudaram! Quando eu tava no pré-natal e eu não tava querendo ter parto normal, porque eu tava com medo, porque eu tinha sofrido muito no dele*



*(filho mais velho). Aí eu tive parto normal, foi bem tranquilo! Sobre amamentação também, elas (facilitadoras dos ED) me ajudaram bastante, em quase tudo né!? Acho que só não me ajudou mais porque não deu tempo né! O bebê nasceu! Porque se não tinha me ajudado mais. Mas pra falar a verdade assim, quase tudo né!?*

Regina\* - *“Ah, pra mim foi muito bom, ajudou bastante! Assim sabe, coisa que você não sabe, que nem: banho no balde, eu não sabia, eu aprendi! É, como cuidar dele, como cuidar do ‘imbigo’. Foi muito bom!”.*

Sara\* - *“Essa fase do cuidado, do cuidado ali do umbiguinho, eu não tava lá ainda (nos ED). O umbigo da menina (filha mais velha) não fui eu que cuidei, foi no hospital. [...]. Como eu não fiz o grupo o tempo todo, né? Então tem muitas coisas que eu ainda, que eu não aprendi com o grupo. E foi uma pena. Mas essa experiência foi bem importante. Eu não tive informação nenhuma da minha filha (mais velha), quando eu fiz o exame eu tava de 4 meses dela e ela nasceu de 7, então dela foi assim, o dele não, foi no comecinho, fui mais tranquila no hospital, eu sabia que ia internar e só vou sair com o meu filho, aí eu já sabia tudo, meu psicológico tava mais preparado [...]. Acho que foi muito bom. A gente aprende muito mais [...]. Eu acho que tem muita coisa que eu não sabia, tem muita coisa que eu achava que era uma coisa e seria outra no caso [...]. Acho que é mais informação, acho que é passar experiência, pegar experiência, como dizem, nenhuma gestação é igual a outra ali, então as vezes uma gestação não é igual a que tá sendo agora [...]. É, como por exemplo da Michele\*, ela disse que teve dois partos, que esse agora ela quer normal, ela contou a experiência dela das duas partes, então a gente já fica sabendo mais ou menos [...]. Algumas coisas eu sabia assim, mas aprendi muito mais com o grupo [...]. Eu acho que muitas é pra buscar conhecimento, outras já até tem um conhecimento pra passar pra outras que tão na primeira gestação.[...]. Nós duas (ela e a Bruna\*) uma trocava informação com a outra. A gente conversando uma com a outra”.*

Bruna\* - *“Foi bom, fui bem acompanhada, fui tratada super bem! Tirei bastante dúvida”.*



Jéssica\* - *“Depois que eu comecei a ir no grupo, eu na verdade tinha medo de ir porque acho que antigamente, na época da minha tia, falavam que ficavam passando cenas assim de cesárea, aí eu achei que ia ter medo. [...] Foi por isso também que eu não quis ter cesárea. E lá (nos ED) aí a moça ainda pegou e falou assim: ‘Ah, eu já tive os dois e eu ainda acho que parto normal é melhor’. E eu escutei isso de várias... Porque já tinha ido bastante mulheres que tinha mais experiência. Que já tinha tido outros filhos. Então eu acho que isso ajudou bastante. Assim, aquela conversa assim. Todo mundo. Já... Pra mim por ter medo do parto normal”.*



## 6. DISCUSSÃO

---





Os resultados apresentados nos mostram que a participação nos ED ajudou a mobilizar e transformar conhecimentos maternos prévios influenciando no desenvolvimento do cuidado às intercorrências de saúde prevalentes no primeiro mês de vida da criança. Tal fato qualificou o cuidado em saúde, sobretudo por acolher as inseguranças e dúvidas maternas.

A baixa escolaridade materna é um dos fatores que pode estar associado com insuficiências cuidativas com desdobramentos à saúde da criança (VIANA et al, 2013). As mães participantes, em sua maioria, não chegaram a concluir o ensino médio, fato que pode ter afetado o entendimento imediato dos temas discutidos nos ED, de forma que algumas temáticas foram recorrentes.

Soma-se o fato de trabalharem para compor a renda familiar, além de assumirem as obrigações do lar. A saída da mulher ao mercado de trabalho é fato na realidade brasileira e impacta negativamente sua presença e uso das unidades de saúde, limitando o acesso e aproveitamento das ações ali desenvolvidas, como foi o caso da presença nos ED (SIPRIANO; YOSHI; ALVES, 2013).

O cuidado na atenção pré-natal precisa ter uma atenção centrada na usuária e sua família valorizando suas experiências, no estabelecimento de uma relação dialógica entre os profissionais e as gestantes, contribuindo assim para a saúde, sobretudo para um nascimento saudável, redução da morbimortalidade materna e fetal, autonomia e segurança de decisões ao longo do ciclo gravídico (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010). Como exposto anteriormente, o período pré-natal é apontado como estratégico para formação do vínculo e empoderamento da mulher (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011; MALHEIROS et al, 2012). A proximidade estabelecida nesta fase entre os sujeitos (profissional\serviço de saúde - mulher\família) envolvidos no cuidado em saúde pode ter repercussões longitudinais positivas, com extensão ao período do parto/nascimento, puerpério e primeira infância (WERNET et al; 2016).

Os profissionais de saúde devem empenhar-se em acolher a gestante, buscando o cuidado integral posto nas políticas de saúde (BRASIL, 2002). Na atenção pré-natal visa-se o acolhimento das demandas (SILVA et al 2012), contudo, prevalece centrado



nas queixas físicas comprometendo sua qualidade, em especial por esvair-se de diálogo (SILVA et al 2012).

Especificamente em termo de parto, as mulheres manifestaram interesse em realizar o parto natural, mas nem todas conseguiram e se sentiram frustradas, verbalizando seus sentimentos após o nascimento para todos aqueles que acompanharam sua gestação, incluído os participantes dos ED. O tipo de parto pode influenciar a limitação física materna nos cuidados, mas não minimiza nem interfere nos desejos delas em estarem presentes em cada instante bem como nas intercorrência, com a certeza de serem as melhores pessoas a saber como soluciona-las buscando seus próprios conhecimentos junto aos daqueles que se colocaram para apoiar-las.

Dentre os cuidados abordados nesse estudo, o AM se faz como a mais sábia e natural estratégia de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e se constitui como a mais sensível etapa vivenciada pelas mães. As ações de incentivo, promoção e apoio ao AM devem ser ações contínuas dos profissionais nos diversos níveis de atenção em distintos momentos de contato com a gestante e puérpera seja, durante o pré-natal, pré-parto, nascimento, assim como nos retornos para a consulta de puerpério. Os momentos iniciais com a prática são críticos, até para aquelas quem já amamentaram anteriormente, por cada experiência ser única. É essencial que a equipe de saúde tenha o papel de acolhimento das mães e seus bebês, e que estejam disponíveis para a escuta das aflições e para o esclarecimento de dúvidas, incentive a troca de experiências e faça, uma avaliação singular de cada caso (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

Em particular, nos resultados apresentados, as participantes enfatizam a necessidade de serem acolhidas e auxiliadas na maternidade. Mesmo sendo algo familiar para algumas ou de conhecimento já adquirido previamente, é nesse momento que será necessário pôr em prática tudo o que se sabe e os conhecimentos que adquiriu bem como, agir instintivamente para perpassar por todo processo, então o apoio da equipe de saúde se faz essencial para tornar mais fácil e prazerosa essa experiência de saber identificar e aplicar o cuidado com o AM corretamente.



Pelos evidentes benefícios proporcionados pela amamentação, principalmente no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento de uma criança, o AM não pode ser reduzido somente a uma ação de saúde, uma vez que é também uma prática social (FUJIMORI et al, 2010). Novas abordagens devem ser elaboradas, apreciando as ações de promoção, proteção e apoio à prática, como aplicados nos ED, considerando o contexto de processo de trabalho no qual elas acontecem (PEREIRA et al, 2010).

Dessa forma faz-se necessário que as mães sejam sempre estimuladas, encorajadas e assistidas pela equipe multidisciplinar a amamentar já na sala de parto bem como no decorrer da internação com atenção humanizada ao binômio. A partir daí ambos vão aprendendo a se conhecer, a lidar com as dificuldades e a vencê-las. Essa etapa inicial é fundamental e o profissional precisa estar atento às distintas necessidades (FEBRASGO, 2010).

Cabe aos profissionais de enfermagem a função de facilitadores, especialmente na orientação e auxílio durante as práticas institucionalizadas visando a alta hospitalar. O alojamento conjunto (AC) também se torna um ambiente propício para a realização da educação em saúde e empoderamento das mulheres que desejarem amamentar seus filhos (BOCCOLINI, 2011). É no AC que o laço afetivo se concretiza e a amamentação começa a se firmar e apesar da curta permanência na maternidade, para amamentar, as mães precisam de uma assistência planejada, rotineira e mais efetiva (FEBRASGO, 2010). A maternidade em questão conta com o apoio de um Banco de Leite Humano (BLH) dentro da instituição que foi fundado em 05 de outubro de 2001, com o principal objetivo de incentivar o AM e para processamento do leite humano doado que atende as necessidades nutricionais dos RNs prematuros internados na rede pública da cidade em situação de Unidade de Terapia Intensiva. O BLH é um centro especializado responsável pela promoção, proteção e apoio ao AM e execução de atividades de coleta de leite humano, do processamento, controle de qualidade e distribuição sem fins lucrativos. Dentre outras especificações o BLH auxilia, em apoio à maternidade, atendendo qualquer mãe com intercorrências mamárias e dificuldades em relação ao AM acolhendo-as com orientações sobre como realizar a corretamente pega e executar a postura adequada na amamentação bem como seus benefícios, incentivando-as à



prática correta e segura para mãe e bebê, também à ordenha do leite, armazenamento e descongelamento na residência (Irmandade da Santa Casa de São Carlos, 2016).

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano atua para promover, proteger e apoiar o AM, coletar e distribuir leite humano de qualidade certificada, contribuir para a redução da mortalidade infantil e somar esforços ao Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal (FIOCRUZ, 2005).

O apoio de profissionais de saúde por meio de aconselhamento nos períodos pré e pós-natal tem resultado em mudanças significativas nos índices de AM. Deve ser objeto de interesse dos profissionais conhecer os aspectos fisiológicos relacionados ao processo de amamentar, além dos psicológicos, sociais e culturais. Posteriormente a alta hospitalar é imprescindível a manutenção desta ajuda após este momento inicial, especialmente nos primeiros quinze dias de vida da criança nos diversos níveis de atenção à saúde (FEBRASGO, 2010).

É um período de adaptação entre mãe, bebê e família e muitas dificuldades surgem exatamente neste período e, podem levar algumas mães a desmamar precocemente seus filhos caso não encontrem profissionais capacitados e engajados à orienta-las previamente aos acontecimentos para empodera-las no ato e ajuda-las para obter sucesso com a amamentação durante o processo. O profissional de saúde tem uma tarefa digna e essencial na construção da saúde da criança para o futuro (FEBRASGO, 2010). No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, a prevalência de aleitamento exclusivo de zero a seis meses em 2006 era somente de 39,8%— estando seu período de duração e sua prevalência aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo MS (BRASIL, 2009). Diante disso as estratégias de educação em saúde já no pré-natal, que busquem promover o AM são fundamentais para a redução das taxas de desmame precoce e da prática correta onde o enfermeiro, na condição de facilitador, deve deixar o modo tradicional da transferência de informação, levando a mulher a refletir e decidir em busca de hábitos saudáveis para si e para a criança. Amamentar é um ato que gera inseguranças, ansiedades e preocupações e, observa-se que diversos fatores podem contribuir para que o AM seja efetivo ou não. Experiências negativas ou traumáticas

contribuem para o desmame precoce e assim é essencial que haja esclarecimento e respeito contínuo sem julgamentos (FERRAZ et al, 2013).

Entre as intercorrências com o aleitamento materno encontradas nas entrevistas, duas mães citaram a regurgitação, porém sem o diagnóstico de RGE, que levou ao sufocamento da criança causando angústia e sofrimento não só à mãe, mas também para toda a família.

O risco que se ocorreu nos levou a pensar sobre a Síndrome da Morte Súbita Infantil (SMSI) que está entre as primeiras posições como causa de mortalidade infantil pós-neonatal em países desenvolvidos. (PILGER et al, 2015). No Brasil, segundo o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em 2012 foram notificados 207 óbitos por SMSI sendo 56 na região Nordeste (BRASIL, 2012).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) nos traz que a SMSI é definida como *“a morte súbita inesperada de uma criança, na qual uma necropsia detalhada não consegue identificar uma causa adequada para o óbito”*. Esse evento passou a assumir papel relevante nos últimos anos a partir da queda dos índices de mortalidade infantil, devido à descoberta de que lactentes abaixo de 6 meses que dormem em decúbito ventral possuem chance de 3 a 9 vezes maior de sofrerem SMSI do que os que dormem em decúbito dorsal.

Além da recomendação do decúbito adequado, a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda vários outros cuidados, a fim de reduzir os riscos para a SMSI e oferecer um ambiente seguro para o sono infantil. Entre estes, que os lactentes sejam postos para dormir em superfícies firmes e em cama/berço próprio, não praticar o co-leito, evitar sobreaquecimento e exposição à fumaça do tabaco, além de estimular a amamentação (American Academy of Pediatrics – AAP, 2011). O prognóstico para SMSI é a parada cardiorrespiratória (PCR) e a prevenção ainda é a forma mais efetiva de se salvar a criança do que a ressuscitação após o ocorrido. Segundo a SBP, em casos de engasgos em menores de um ano deve-se realizar 5 percussões com a mão na região das costas entre as escápulas, a criança com a cabeça virada para baixo, até que o corpo estranho seja expelido ou a criança torne-se responsiva e reaja, lembrando que deva



acionado os profissionais de saúde e ser feito até o socorro qualificado chegar ao local (BRASIL, 2014).

Todos esses dados indicam a importância de campanhas informativas e educativas não só no pré-natal, mas também em consultas puerperais de retorno seja de forma coletiva ou individual, a fim de orientar quanto às medidas preventivas. A educação em saúde se constitui uma estratégia capaz de favorecer a compreensão das mães e dos responsáveis pelos cuidados às crianças acerca da SMSI, fatores de risco envolvidos e formas eficientes de prevenção, sobretudo o posicionamento apropriado ao colocar as crianças para dormir (BEZERRA et al, 2015).

Outro fator bastante pontuado e que trouxe angústia para algumas das participantes foi a cólica onde o choro persistente ou excessivo é um dos grandes problemas que afligem os pais. A cólica é uma condição autolimitada, benigna, que se resolve com o tempo, contudo, é um fato constante que gera preocupação aos pais e a sua ansia por ajuda e cabe a equipe de saúde durante o pré-natal, nascimento e pós-parto, auxiliar como identificar e qual o cuidado necessário para minimizá-la (KOSMINSKY; KIMURA, 2004).

Como pontuado como uma ocorrência nos resultados, algumas causas podem ser devido ao ar que os bebês engolem durante o choro ou na alimentação com pega incorreta, e, por conseguinte um sistema imaturo, levando a propensão de estes produzirem maiores quantidades de gases, poderá causar desconforto e dor (RAMOS, 2014).

Este é um ponto que deve ser avaliado de forma individualizada para o correto diagnóstico da causa e melhora do problema. Os profissionais de saúde, em sua maioria os médicos, que prestam atendimento ao binômio deparam-se, com certa frequência, com queixas maternas de dificuldade em lidar com o choro excessivo e ininterrupto do filho e muitos atuam para sua resolução de forma medicamentosa como observamos nas falas. As condutas, diante da cólica infantil é a de prescreverem medicamentos alopáticos para o tratamento desta. O correto para o manejo das cólicas seria uma



abordagem individualizada e baseada na história, exame físico e avaliação do ambiente (CARDOSO,2013).

No entanto mesmo com a medicalização sendo uma prática bastante considerada, e sabendo-se que não existe um tratamento eficaz e seguro para a cólica e gases, é evidente que muitas das estratégias não farmacológicas contra dor, como discutidas previamente nos ED, foram efetuadas no processo levando a uma grande satisfação pelo sucesso na identificação e resolutividade da cólica atuando de forma positiva (RAMOS, 2014).

Dentre as alternativas está a utilização da massagem, sendo realizada pela maioria das participantes que relataram a intercorrência com a cólica. A massagem ajuda o bebê a relaxar, e desta forma diminuir as dores, além de contribuir na liberação dos gases intestinais. A massagem deve ser feita em local confortável, tranquilo e quente, respeitando a vontade da criança. A massagem completa dura de 20 a 30 minutos e pode ser acompanhada de exercícios passivos de 5 a 10 respeitando movimentos no sentido horário para obter o alívio dos gases. Para bebês abaixo de quatro semanas a duração aproximada deve ser de 10 minutos. (RAMOS, 2014). As mães, junto à massagem, relatam manter o abdome do bebê sempre aquecido que, além de trazer conforto e bem-estar, traz um aumento do vínculo e sentimento de contentamento por poder auxiliar no conforto de seu filho.

Também para a cólica, o banho de imersão em água morna foi uma técnica discutida entre todas as participantes nos ED e utilizada por algumas mães para levar ao conforto infantil. A técnica cria um ambiente propício e familiar para o neonato que pode utilizar-se das propriedades da água para se acalmar e alcançar a melhora fisiológica da cólica. Para técnica do banho no balde aconselha-se que deva ser de curta duração e deve-se manter a temperatura da água entre 36,5 e 37,5°C. O neonato deve ser enrolado em uma fralda e colocado gentilmente com o corpo submerso com água até o pescoço e somente dentro dela deve ser descoberto (BRASIL, 2014). Esse tipo de banho assemelha-se a forma em que o bebê ficaria no útero, permitindo ao neonato permanecer com o corpo submerso dentro da água, em posição fletida, com os



membros inferiores e superiores em linha mediana, flexionados, mantendo a cabeça fora da água, apoiada pelo cuidador (PERINI et al, 2014).

Dentre os diversos manejos maternos nessa fase inicial seja com o AM ou cólica, alguns mitos ainda permeiam esse cuidado. Uma das mães incluiu leite de vaca como complemento no intuito de auxiliar o crescimento e desenvolvimento de seu filho. Tais medidas adotadas evidenciam a insegurança ante questões do cotidiano materno durante a amamentação.

Os mitos e as crenças relacionados à lactação fazem parte do nosso cotidiano há muitos anos. Eles constroem o significado do ato de amamentar para a mulher por meio da herança sociocultural adquirida através da vivência dessa mulher na sociedade – transmissão de valores por pessoas próximas ou mesmo pela observação de mulheres que estão passando por essa mesma situação (MARQUES et al, 2011).

Atualmente a imagem do “leite fraco”, é uma das principais causas da complementação precoce alegada pelas mães, observando que a comparação com o leite de vaca serviu para fundamentar essa crença. A aparência aguada do leite materno, principalmente do colostro, faz com que a mãe considere seu leite inferior, acreditando que não serve para atender às demandas da criança por diferir do leite popularmente como leite forte, o leite da vaca (MARQUES et al, 2011).

O leite da vaca, em comparação com o leite humano, tem muito mais proteína, o que leva a uma dificuldade maior de digestão pelo sistema ainda imaturo da criança. Segundo Marques et al (2011):

*“As mães que atribuem à complementação precoce a justificativa de que o “leite não sustenta, leite era fraco”, se sentem mais amparadas por esta ser uma crença aceita culturalmente. Observa-se que a criação do mito “leite fraco” serviu para minimizar a responsabilidade e culpa das mães pelo fracasso da lactação. [...] É importante ressaltar que o leite humano contém todos os nutrientes de que a criança necessita até os seus seis meses de vida, é de fácil digestão, e seu*



*aspecto aguado é uma característica normal, portanto o leite materno está sempre em boas condições para o consumo da criança”.*

Cabe dentro de abordagens individuais ou coletivas, antes e durante a arte de amamentar, nas oportunidades de troca e aconselhamento com as mães, desmistificar a sua incapacidade de produzir um leite de “qualidade” para seu filho onde o profissional de saúde capacitado deve sempre reforçar todos benefícios do AM exclusivo já conhecidos, bem como quais são os componentes de seu leite que será produzido.

A introdução do leite de vaca ocasionou um quadro atípico de eliminação intestinal em uma das crianças dentre as que participam do estudo, segundo a fala da mãe. Não existe um número certo de evacuações por dia para o RN, normalmente acontece uma vez ao dia ou mais a depender. Um dia ou outro sem evacuação geralmente não é causa de preocupação, desde que o bebê esteja se alimentando bem e apresentando urina como sinal de hidratação adequada. Porém, a falta de evacuação por dias prolongados como mostra nos resultados, exemplifica a falta de necessidade da introdução de outros alimentos ao RN quando ao pensar-se em benefícios, ocasiona prejuízos à saúde do mesmo.

Dentre as inseguranças maternas com os manejos no primeiro mês de vida das crianças, destacamos aquela de maior preocupação nos primeiros dias de vida: a queda do coto umbilical. Entende-se o coto umbilical como algo frágil e que pode causar dor e incomodo para a criança quando manipulado (SILVA, 2012). Percebemos então a necessidade de maior difusão do conhecimento entre os cuidadores sobre atemática e sua relevância para os cuidados do RN. O cuidado com o coto também é proveniente dos modos de cuidado familiar e cultural onde os saberes-fazeres no grupo de pertença familiar e são transmitidos entre as gerações.

As falas das puérperas envolvem uma variedade de sentimentos e temores para a forma correta de cuidado sem levar ao risco de maiores danos infecciosos para o RN. O profissional de saúde deve ter um olhar mais atento e responsável sobre as questões de saúde do RN, que envolvem o cuidado ao coto umbilical. É necessário que esse profissional saiba reconhecer os saberes do outro e que avalie, confirme e assegure as

práticas visando os benefícios para a criança onde os saberes científicos caminhem com os saberes populares dialogando entre si, pois não é compreensível desvinculá-los. (SILVA, 2012). Novamente se faz necessário entender que os profissionais de saúde devam desenvolver estratégias educativas de saúde para possibilitar uma aproximação com os sujeitos cuidadores, no sentido de que estes não sejam julgados ou penalizados pelos seus conhecimentos populares e aplicabilidade dos mesmos e que possam sentir-se empoderados a realizar um cuidado garantido sem a insegurança de haver prejuízos ao bebê.

Nos dias atuais é acessível a todos e particularmente às mães em estudo, é possível contar com o acesso à algumas Tecnologias de Informação (TI) de forma acolhedora para assegurar o cuidado que estão dispensando aos seus filhos. Observa-se que o desenvolvimento e a aplicabilidade da informática influenciam todas as áreas do conhecimento, através da difusão de informações, possibilitando novas formas de aprendizagem. A enfermagem, pode encontrar na informática os subsídios necessários para incorporar novas formas de construção do saber, bem como nas formas de disseminação do conhecimento e das informações. (BARRA et al, 2012). Segundo Sasso et al (2000):

*“A aliança entre a Educação em Enfermagem e a Informática em Enfermagem pode ser interpretada como: 1) fenômeno social que transforma a vida dos indivíduos, grupos e comunidades; 2) amplificador intelectual que fundamentado em métodos pedagógicos de análise e em linguagens simbólicas ou não promovem uma nova representação do conhecimento em Enfermagem, ou seja, uma nova interpretação de problemas da profissão que envolve atividades cognitivas; 3) fonte de recursos instrumentais em condições de enfrentar e equacionar questões de naturezas diversas, desde que utilizados de modo adequado e coerente com os objetivos que a profissão deseja alcançar”.*

Recursos como esses são amplamente utilizados em níveis de atenção de média e alta complexidade, contudo pouco ainda é investido, até mesmo em aplicativos



básicos e acessíveis à população, para que se popularize na rede de atenção básica. É necessário pensar além dos recursos humanos dispensados aos cuidados puerperais e considerar a utilização do que as tecnologias atuais nos disponibilizam para complementar os saberes. É importante pensar que, pautando-se em bases e estudos científicos, é possível propiciar um ambiente seguro para consulta dos usuários da rede de atenção básica, acerca dos cuidados a serem prestados, extinguindo a possibilidade de veiculação de informações incorretas e práticas inseguras. Com investimentos e estudos na TI na rede básica seria possível o acesso a informações pontuais como são enunciadas neste estudo acerca dos cuidados básicos e rotineiros ao RN exemplificado no que seria normal esperar do processo de mumificação do coto umbilical.

Tecnologias como essas também auxiliariam na educação em saúde da população do estudo para afirmar concepções sobre as dermatites de fralda. Temas como esse foram pouco explorados nos ED por falta de demanda do grupo, e tão pouco são discutidas em consultas de pré-natal. Contudo é rotineiramente vivenciado como é exposto por quatro entrevistadas. As orientações ocorrem quando o problema já se encontra instalado levando novamente a uma resolutividade medicamentosa como observamos nas falas.

As dermatites de fralda são tratadas pelos profissionais procurados pelas mães do estudo, como algo comum e de fácil resolução através do uso de pomadas indicadas pela equipe de saúde. Isso reforça a banalização da medicalização que se é utilizada de toda e qualquer forma. Quando a dermatite já se encontra instalada, a dor e o incomodo para o bebê é grande o que nos leva a pensar que orientações de cuidados preventivos é um caminho que se faz necessário. A prevenção e educação em saúde ainda é a melhor maneira de combater os agravos e os riscos à saúde.

Rocha e Selores (2004) trazem que adotar práticas como a troca de fraldas sujas de urina frequentemente, a fim de que a capacidade de absorção não seja superada, evita o contato da urina com a pele e possíveis lesões, apesar da amônia (libertada na degradação bacteriana da ureia da urina) não constituir a causa primária da dermatite das fraldas pode atuar como um fator agravante numa pele já lesionada. As fraldas com fezes precisam ser trocadas imediatamente e em RNs, a troca deve ser horária.



Higiene da pele da área da fralda apenas com água morna e algodão, sem recorrer a sabonetes são suficientes na limpeza diária da urina, não sendo necessário lavar com sabão toda vez que a criança urinar, o que ocorre numerosas vezes ao dia, pois pode acarretar dermatite de contato pelo sabão. Para as fezes, sabonetes brandos são recomendados. O uso de lenços umedecidos pode ser útil somente em situações de locomoção pois podem causar sensibilidade de contato, irritação e/ou toxicidade percutânea por obterem em sua composição Parabenos (metilparabeno, propilparabeno, etilparabeno e butilparabeno). Deve-se sempre ter em mente que eles também contêm sabões, e que, o contato continuado com a pele, pode lesar a barreira cutânea, provocando dermatite de contato. Seria adequado enxágue após o uso (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2009).

A exposição ao sol é bem-vinda e importante para o bebê, desde que aproveitada corretamente, isto é, nos horários apropriados, como no início da manhã (até 10 horas) e no final do dia (após as 16 horas) iniciando com dez minutos e aumentando gradativamente até atingir 30 minutos diários, onde ele. (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2009). Orientações como essas minimizam os danos na pele do RN e diante do exposto, levamos em consideração que evidências científicas através de estudos no manejo do risco para integridade da pele relacionado ao uso de fraldas usual da criança se faz importante.

O cuidado com as dermatites de fralda são um dos cuidados necessário que se deve ter com a pele do RN pois a sua pele caracteriza-se por ser sensível, fina e frágil. A imaturidade da sua barreira epidérmica diminui significativamente a defesa contra a excessiva proliferação microbiana, torna a pele mais susceptível ao trauma e à toxicidade por absorção percutânea de drogas. A higiene do bebê e da criança deve ser efetuada sempre que necessário e, também devem ser cuidadosamente evitados produtos que contenham perfumes e corantes pelo risco de dermatite de contato e erupções cutâneas como observadas em alguns bebês deste estudo (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

É importante o entendimento das mães destes fatos e que acatem as orientações sejam elas no pré-natal ou no decorrer dos encontros com a equipe de saúde, para que



não lidem como uma coisa rotineira da saúde da criança sendo necessário a transformação dessa percepção e as condutas no cuidado com a pele do bebê.

Diante de tantas novas situações e conflitos que a maternidade traz, onde é possível entender o acontecimento como uma fase que traz riscos de crises e desequilíbrios para a vida de qualquer nova mãe, especialmente para as primíparas, em vista das profundas mudanças que a acompanham, faz reflexão tanto no papel social da mulher e na necessidade de novas adaptações quanto no reajustamento de sua identidade.

A família tem sido reconhecida como uma instituição de apoio que desempenha papel relevante na vida social da mulher, pois é no ambiente familiar que se promove a maior parte do cuidado com ações positivas que interferem na saúde dos sujeitos em especial ao desenvolvimento infantil (DEZOTI et al, 2013).

O cuidado proporcionado pelas avós nesse contexto é reconhecido pelas mães como ser figura feminina que mantém a criança ligada ao papel materno. A busca do seu cuidado é devido à confiança que se tem neste elemento da rede de apoio (DEZOTI et al, 2013). As mães sentem a necessidade de cuidar e estar com seus filhos transmitindo a eles a segurança da sua presença, no entanto, devido aos percalços causadas após o procedimento da cesariana, como observado nas falas, é possível entender que isso não ocorreu de acordo com o que foi planejado. Vale ressaltar que a cesariana, como um procedimento cirúrgico, se coloca como um fator limitador para os cuidados pós-parto. Isso nos dá um olhar mais expressivo ao parto natural junto ao que já se tem conhecimento de suas diversas vantagens para o binômio, pelas facilidades físicas encontradas após o ato natural. Quando são impossibilitadas e se veem substituídas pelas avós é possível que algumas puérperas se sintam invadidas em seu espaço ocasionando o sentimento de incapacidade do cuidado que pode dar ao seu filho. Isso é comum em algumas falas deste estudo onde as avós, ao se disponibilizarem em assumir o cuidado, causaram indiretamente uma sensação de estranheza nas mães sobre se de fato elas deveriam realmente assumir esse papel.



Entendemos que existe a necessidade de trazer também, a rede de apoio social das futuras mães aos ED no pré-natal e se trabalhar os cuidados que serão dispensados ao RN bem como serão os momentos futuros com a chegada da criança contando com as dificuldades e imprevistos. A educação em saúde se faz necessária não só nos cuidados, mas também nos relacionamentos interpessoais dos cuidadores.

É notória as mudanças que ocorrem na família, principalmente com as mães, com a chegada de uma criança e o empenho destas para recebe-la da melhor forma possível. Observamos nesse estudo que apesar das limitações sociais e dificuldades em se ter acesso aos ED, devido às distâncias de sua moradia por ser tratar de uma área rural e com escassez de transporte, fato esse limitante para muitas que iniciaram os ED e não permaneceram, vemos que aquelas que puderam de alguma forma estar presente mesmo diante de todas as dificuldades, se colocam disponíveis sempre que possível, para participar, trocar e agregar o máximo de conhecimento para exercer um cuidado seguro ao bebê. Elas desejam oferecer aos seus filhos o que há de melhor e mais garantido e cabe aos profissionais de saúde se empenharem para que todas as famílias sejam assistidas e acompanhadas e possam ainda ter acesso à informação segura.

O número de participantes no estudo nos leva a pensar nas dificuldades diárias enfrentadas pelas mães, agora com seus filhos e toda sua família, pelo difícil acesso a tudo. Durante todo o processo vivenciamos suas limitações para estarem nos ED bem como as nossas em acompanhá-las. Fruto deste limite 8 mulheres sujeitos em potencial ao estudo não alcançaram o critério de 4 participações no ED estabelecidos por nós.

O acesso à rede básica de saúde bem como aos diversos níveis de atenção é custoso e poucos estudos trazem a educação em saúde para a população rural e de qual forma elas são assistidas. Muitas famílias abrem mão da oportunidade de troca de conhecimentos como nesse estudo e tantos outros programas oferecidos devido à precariedade de transporte. Sendo assim, é importante que os distintos níveis de atenção à saúde estejam abertos e receptivos, sobretudo à APS, para acolher e acompanhar essas famílias dando a elas oportunidades, segurança e qualidade na assistência de saúde.



Independentemente da abordagem, as dinâmicas de grupo promovem maior aproximação entre as gestantes e a criação de vínculos de confiança, além de permitirem aproximação com profissionais de saúde, contribuindo para a humanização da assistência (SILVA; NASCIMENTO; COELHO; NUNES, 2014).

A dinâmica dessas atividades gera nas gestantes um sentimento de pertencimento e identificação no coletivo, possibilitando a troca de vivências comuns levando as mesmas a compreenderem os seus problemas e a enfrentarem os desafios. O valor desses encontros está na possibilidade de estimular as participantes a conversarem sobre questões relevantes para a assistência à mulher e sua família no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido promovendo trocas ativas e reflexivas (SILVA; NASCIMENTO; COELHO; NUNES, 2014).

Todos estes elementos apontados nos parágrafos anteriores foram evidenciados nos resultados do presente estudo.



## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---





Diante do exposto observamos com esse estudo que os ED no decorrer do período pré-natal, visando a experiência materna dos cuidados ao RN de termo pode contribuir para ampliar os olhares maternos para o cuidado às intercorrências de saúde no primeiro mês após o nascimento da criança e promover a saúde materno-infantil desde o período gestacional contribuindo para as ações de saúde da rede básica.

Primíparas ou não, as entrevistadas mostraram que o cuidado dispensado ao RN sempre traz uma nova perspectiva e se diferencia entre cada criança. Cada um foi olhado de forma individualizada por seu cuidador operando de forma humanizada, onde conseguiram apreciar as reais necessidades manifestadas pelo bebê naquele momento, não ansiando as vivenciadas por outra criança. Tal atitude teve nos ED uma contribuição, com indicação de ser ele, um recurso a ser incorporado no cotidiano das práticas de saúde na APS.

As participantes desse estudo ainda expuseram informalmente a necessidade sentida por elas de haver um seguimento dessa ação iniciada na gestação, na forma de EDs nas UBS no período puerperal onde permaneceriam com as trocas de experiências e conhecimentos ampliando ainda mais suas visões aliadas à prática e confirmando suas ações cuidativas objetivando um cuidado dispensado à criança com vista longitudinal. Tal colocação nos mostra ainda mais a importância de um seguimento com olhar para essa nova mãe que necessita ainda ser ouvida e acolhida pela equipe e por mulheres que vivenciam sua rotina.



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. AKSAN, N. et al. Symbolic interaction theory. **Procedia Soc. Behav. Sci.**, v. 1, p. 902-904, 2009;
2. AKSAN N, KISAC B, AYDIN M, DEMIRBUKEN S. Symbolic interaction theory. **Procedia Social and Behavioral Sciences.**, v. 1, p. 902-904, 2009;
3. ALMEIDA MFB, DRAQUE CM. Icterícia no recém-nascido com idade gestacional > 35 semanas. Comitê de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Textos científicos Sociedade Mineira de Pediatria**, 2012. Disponível em: <http://www.smp.org.br> [acesso em 11 jan. 2016].
4. ALMEIDA JM, LUZ SAB, UED FV. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura, **Rev Paul Pediatr.**, v. 33, n.3, p.355-362, 2015;
5. ALVES ACP, et al. Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: um enfoque na percepção das gestantes. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 648-53, 2013;
6. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - AAP. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. **Pediatrics**, v. 128, n. 5, p. 1-27, 2011;
7. ANÉAS TV, AYRES JRCM. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface** (Botucatu), v. 15, n. 38, p.651-62, 2011;
8. AQUINO AL, CHIANCA TCM, BRITO RCS. Integridade da pele prejudicada, evidenciada por dermatite da área das fraldas: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 2, p. 414-24, 2012;
9. ARAUJO IRB, OLIVEIRA LLS. Nursing care of the newborns with neonatal jaundice: an integrative review. TMMG. **Rev Enferm UFPI**, Teresina, v. 3, n. 1, p. 120-4, jan-mar, 2014;
10. ASSIS WD, COLLET N, REICHERT IAPS, SÁ LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 1, p.38-46, 2011;



11. AYRES JRCM. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: Pinheiro R, Silva Junior AGS (org). Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC, 2011;
12. BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS) [homepage na internet]. Informações de saúde, indicadores de saúde: nascidos vivos 1994-2010. [acesso em 10 jun. 2015]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>;
13. BARRA DCC, et al. Avaliação da tecnologia Wiki: ferramenta para acesso à informação sobre ventilação mecânica em Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n 3, p. 466-73, mai- jun 2012;
14. BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009;
15. BARTON SS. Narrative inquiry: locating aboriginal epistemology in a relational methodology. **Journal of Advanced Nursing.**, v. 45, n. 5, p. 519-26, 2004;
16. BELL, JM. Advanced practice in family nursing: one view. **J Fam Nurs**, v. 2, n. 3, p. 244-247, 1996;
17. BEZERRA MAL et al. Fatores associados ao conhecimento das mães sobre a Síndrome da Morte Súbita do Lactente, **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, abr-jun, 2015;
18. BLEAKLEY A. Stories as data, data as stories: making sense of narrative inquiry in clinical education. **Med Educ.**, v. 39, n. 5, p. 534-40, 2005;
19. BLUMER H. Symbolic interactionism: perspective and method. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1969;
20. BOCOOLINI, C. S. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev Saúde Pública.** v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011;



21. PEREIRA, R. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p. 2343-2354, dez. 2010;
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método canguru. – 2. Ed. – Brasília, 2011;
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília, 2009;
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2002;
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção integral à Saúde da Mulher e da Criança. Rede Cegonha: Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil. Brasília, 2011.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001;
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização do parto: humanização no Pré – Natal e Nascimento. Brasília, 2002;
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Nacional Primeira Infância. Plano Nacional pela Primeira Infância 2009-2022 -. Brasília, 2008;
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012;
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil/Ministério da Saúde. Brasília, 2012;
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2012. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Informações de Saúde (TABNET). Estatísticas Vitais. Disponível em:



- <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/inf10;>
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Hospitalar às Urgências. Protocolos de Suporte Básico de Vida; Brasília, 2014.
33. CARDOSO AL. Constipação e cólicas na infância: causas e manejo terapêutico. **Pediatria Moderna**. Grupo Editorial Moreira Jr., v. 49, n. 4, 2013. [acesso em 29 jan 2016]. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5370;](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5370;)
34. CARMO A, OLIVEIRA L. O papel do enfermeiro na prevenção da onfalite e seus principais aspectos em saúde. **Revista de enfermagem Unisa**, 2009;
35. CAVALCANTE RB, CALIXTO P E PINHEIRO MMK. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc. Est.**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan - abr. 2014;
36. CHARON, JM Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 10 ed. Boston: Prentice Hall, 2010;
37. CHRISTOFFEL MM, et al. Cólica do lactente: estudo descritivo das práticas de cuidados maternos para o alívio da dor. **Rev enferm UFPE on line**, v. 7, n. 10, p. 5876-82, 2013;
38. CLANDININ DJ, CONNELLY FM. Narrative inquiry: experience and story in qualitative research. San Francisco: Jossey-Bass, 2000;
39. CECÍLIO LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, v. 15, n. 37, p. 589-99, 2011;
40. CREMONESE, L. et al. Grupo de gestantes como estratégia para educação em saúde. Santa Maria: UFSM, 2012;



41. CRESWELL JC. Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. 3. ed. Thousand Oaks: Sage, 2013;
42. DEL CIAMPO, LA et al. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 739-743, 2006;
43. DELFINO, MRR. et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 9, p. 1066-1057, 2004;
44. DEZOTI, AP et al. Rede social de apoio ao desenvolvimento infantil Rede social de apoio ao desenvolvimento infantil. **Rev Anna Nery (imp)**, v. 17, n. 4, p. 721 – 729, set - out. 2013;
45. DRIESSNACK M, SOUSA VD, MENDES IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: part 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 183-187, 2007;
46. DUARTE ED, SENA RR, DITZ ES, TAVARES TS, et al. A integralidade do cuidado ao recém-nascido: articulação da gestão, ensino e assistência. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 17, n 4, p.713-20, 2013;
47. ENNES, M. A. Interacionismo simbólico: contribuições para se pensar os processos identitários. **Perspectivas**, v. 43, p. 63-81, 2013;
48. FERRAZ IS et al, Educação em saúde sobre aleitamento materno no alojamento conjunto: relato de experiência, 2013;
49. FERNANDES JD, MACHADO MCR, OLIVEIRA ZNP. Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas – Parte II, **Bras Dermatol**. v. 84, n. 1, p. 47-54, 2009;
50. FERNANDES JD, MACHADO MCR, OLIVEIRA ZNP. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **Bras Dermatol**. v. 86, n. 1, p. 102-10, 2011;
51. FIOCRUZ. Rede Brasileira de Banco de Leite Humano, 2005. [acesso em 26 fev 2016]. Disponível em:  
<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=365&sid=364>;



52. FLORES MR et al. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Rev. CEFAC**, v. 15, n. 2, p. 348-360, 2013;
53. FONSECA LMM et al. Aprendizagem participativa de mães e familiares sobre a saúde do recém-nascido: relato de experiência. **Rev Cult Ext USP**, v. 6, n. 2, p. 91-7, 2011;
54. FRAGA. PL, MARTINS. FSC. Doença do Refluxo Gastroesofágico: uma revisão de literatura. 18. Ed. Cadernos UniFOA, 2012.
55. FRANCO, ALS. O grupo Maternar: Uma experiência com mulheres gestantes e com estudantes da área de saúde – UFBA. *Aletheia* v. 37, p. 228-234, jan – abr. 2012;
56. FUJIMORI, E. et al. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Revista Comunicação, Saúde e Educação**, v. 14, n. 33, p. 315-27, abr - jun. 2010;
57. GADAMER, HG. Verdade e Método II. Tradução Ênio Paulo Giachini; revisão da tradução Márcia Sá Cavalcante-Schuback. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2011;
58. GALVAN, L, et al. Causas de icterícia em neonatos internados em hospital no sul de Santa Catarina. **ArqCatarin Med.**, v. 42, n. 3, p. 47-53, 2013;
59. GHOSH, S. Neonatal Pustular Dermatitis: An Overview. **Indian Journal of Dermatology**, v. 60, n. 2, p. 211, 2015;
60. GOMES ALM, et al. Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos. **Rev Rene**, v. 16, n 2, p 258-65, 2015;
61. GREENHALGH T, RUSSEL J, SWINGLEHURST D. Narrative methods in quality improvement research. **Quality and Safety in Health Care**, v. 14, n 6, p. 443-9 2005;
62. GUIMARÃES EV, MARGUET C, CAMARGOS, PAM. Tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 5, 2006;





63. HOGA L. A. K.; REBERTE L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Rev Esc Enferm USP**, v. 4, n. 41, p. 66-559, 2007;
64. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. [acesso em 04 mar 2016]. Disponível em:  
<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=354890&search=|sao-carlos;>
65. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO CARLOS. Banco de Leite Humano [acesso em 12 fev 2016]. Disponível em:  
<<http://www.santacasasaocarlos.com.br/BancoDeLeite>>;
66. JAIN, et al. Cutaneous lesions in neonates admitted in a tertiary setup neonatal intensive care unit. **Indian Journal of Pediatric Dermatology**, v. 14, n. 3, 2013;
67. JOANNA BRIGGS INSTITUTE. A Efetividade das intervenções na cólica do lactente. **BestPractice**, v. 12, n. 6, 2008;
68. KENNER, C. Enfermagem Neonatal. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso Editores, 2001;
69. KONING, S et al. Interventions for impetigo. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;
70. KOSMINSKY FS, KIMURA AF. Cólica em recém-nascido e lactente: revisão da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p 147-56, 2004;
71. KOSMINSKY FS, KIMURA AF. Cólica em recém-nascido e lactente: revisão da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 147-56, 2004;
72. LINHARES, EF; SILVA, LWS. Cuidado com o coto umbilical do recém-nascido sob a ótica dos seus cuidadores. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 3, n. 3, p. 969-985, 2012;



73. LINHARES, EF, SILVA, LWS, Rodrigues VP, ARAÚJO RT. Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 828-36, 2012;
74. LOPES, CHAF.; JORGE, MSB. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 1, p. 103-108, 2005;
75. MALHEIROS PA, et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v. 21, n. 2, p. 329-37, 2012;
76. FEBRASGO – SBGO. Manual de Aleitamento Materno. Brasil, 2010;
77. MARINO E, PLUCIENNIK GA (Org.). Primeiríssima infância da gestação aos 3 anos: percepções e práticas da sociedade brasileira sobre a fase inicial da vida. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2013;
78. MARQUES ES et al. Mitos e crenças sobre AM. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, 2011;
79. MEHRY EE, CHAKKOUR M, STÉFANO E, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997;
80. MERHY EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002;
81. MINAYO MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis: Vozes; 2004;
82. MINAYO MCS, GUERRIERO, ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 19, n. 4, p.1103-1112, 2014;
83. NEVES PR et al. Experience sof women in a pregnant group: a descriptive study.



- Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 4, 2013.
84. NUNES JH. Interacionismo simbólico e movimentos sociais: enquadrando a intervenção. **Soc. estado**, v. 28, n. 2, p. 257-277, 2013;
85. OLIVEIRA DC. Análise de Conteúdo Temático- Categorical: Uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, 2008;
86. OLIVEIRA FFS et al. Consulta De Puericultura Realizada Pelo Enfermeiro Na Estratégia Saúde Da Família. **Rev Rene**, v. 14, n. 4, p. 694-703, 2013;
87. OPAS/OMS. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da OPAS/OMS. Washington: OPAS, 2007;
88. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2015;
89. PERINI C et al. Banho de ofurô em recém-nascido. **J. res.: fundam. care**. Online, v. 6, n. 2, p 785-792, 2014;
90. PILGER et al. Síndrome Da Morte Súbita Infantil Em Pelotas De 2006 A 2013: Uma Análise Descritiva. 2015;
91. RAMOS EM. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 245-50, 2014;
92. ROCHA N, SELORES M. Dermatite das fraldas. Nascer e crescer. **Revista do Hospital de Crianças Maria Pia**, v. 13, n. 3, p 215-225, 2004;
93. ROCHA N, SOLARES.M. Dermatite das fraldas, Nascer e Crescer. **Revista do hospital de crianças maria pia ano**, v.13, n. 3, 2004;
94. SARTORI GS, VAN DER SAND ICP. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p.153-165, 2004;



94. SASSO GTMD, BARBOSA SFF. Perspectivas futuras à informática em enfermagem: a aplicabilidade dos ambientes hipermídia no processo ensino-aprendizagem. **Texto & Contexto Enferm**, v. 9, n. 1, p. 79-92, 2009;
95. SATO M, AYRES JRCM. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface** ( Botucatu), 2015;
96. SELTZ, C. Métodos de pesquisa nas relações sociais. 2 ed. São Paulo: Editora Edusp, 1967;
97. SILVA ACMA, VILLAR MAM, WUILLAUME SM, et al. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 349-58, 2009;
98. SILVA ALS, NASCIMENTO ER, CARDOSO EAC; NUNES IM. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas, **Rev cubana de enf**, v. 30, n. 1, 2014.
99. SILVA LWS. Cuidado com o coto umbilical do recém-nascido. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, n. 3, p. 969-85, 2012;
100. SILVA RM et al. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 635-642, 2012;
101. SILVA PCG et al. Ações Educativas na Assistência ao Pré-Natal: Vivência em Grupo de Gestantes na Atenção Básica. **Rev Bras. Ci. Saúde**, v.18, n. 1, p. 55-58, 2014;
102. SIPRIANO CFS, YOSHI CVH, ALVES R. Desafios do bem viver que as mulheres encontram em suas carreiras: um estudo na cidade de Ibiporã, Brazil. Londrina, v. 1, n. 1, p. 73-93, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ros/index;>
103. Sistema de Informações de Nascidos Vivos: SINASC. Brasil. Acesso 04/03/16. Disponível em: [http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sinasc-sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos\);](http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sinasc-sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos)



104. SOUSA FGM; ERDMANN AL. Qualificando o cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 65, n. 5, p. 795-802, Out. 2012;
105. SOUZA IPMA, JACOBINA RR. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. Rev. baiana saúde pública. 2009; 33(4):618-627.
106. SOUZA MHN et al. Integralidade como uma dimensão da prática assistencial do enfermeiro no acolhimento mãe-bebê. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 677-682, Dec. 2013;
107. TAKEMOTO MLS, SILVA EM, Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):331-340, fev, 2007);
108. TINOCO-ARAÚJO JE, et al. Candidíase invasiva e alterações bucais em recém-nascidos prematuros. Einstein. 2013;11(1):71-5;
109. VASCONCELOS EM, SILVEIRA MFA, EULALIO MC, et al. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). Ciênc. saúde coletiva. 2009; 14 (4):1225-1234;
110. VIANA KJ et al. Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(2):349-356, fev, 2013;
111. VILAÇA S, CARVALHO S, SANCHES M, SELORES M. Caso Dermatológico. Revista Pediatria do Centro Hospitalar do Porto, 2014, Vol.XXIII\No1:4143;
112. WERNET M, BUSSADORI JCC, FABBRO MRC, SILVEIRA AO, NAPOLEÃO AA. Risco de paternidade ou maternidade prejudicada: um olhar ao ciclo gravídico puerperal In: Herdman TH; NAPOLEÃO A. A. (org) PRONANDA: Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: ciclo quatro. Porto Alegre: Artmed-Panamericana, 2016;
113. WHALEY LF; WONG DL. Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999;



114. ZAMPIERI MFM, ERDMANN AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Rev Bras Saúde Matern Infant 2010;10(3):359-367;
115. ZAMPIERI, M. F. M. et al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 4, n. 19, pag. 27-719, 2010.



## 9. ANEXOS

---



## 9.1. Anexo 1

Universidade Federal de São Carlos- UFSCar  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Departamento de Enfermagem

### Coleta de Dados - Formulário de Identificação

Nome fantasia \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Idade Materna \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Gestação \_\_\_\_\_

IG \_\_\_\_\_ Data do Nascimento \_\_\_\_\_ Peso ao nascer \_\_\_\_\_

Tipo de parto \_\_\_\_\_

Nº de consultas de Pré-Natal \_\_\_\_\_

Nº de participações no grupo \_\_\_\_\_

Intercorrências do Parto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Moradia \_\_\_\_\_

Renda per capita \_\_\_\_\_

Relações familiares \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TACE: ( ) Sim ( ) Não

Endereço \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Número do Prontuário \_\_\_\_\_

Pesquisador \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



## 9.2. Anexo 2.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Diálogos no pré-natal e a experiência de mulheres em parir e cuidar do(s) filho(s).

**Pesquisador:** Monika Wernet

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 41721415.9.0000.5504

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 957.814

**Data da Relatoria:** 10/03/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa que busca analisar os diálogos no pré-natal e a experiência de mulheres em parir e cuidar dos filhos.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no período pré-natal na experiência de parir e nas práticas de cuidado parental nos primeiros 4 meses após o nascimento da criança.

Objetivo Secundário:

- Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no período pré-natal no cuidado parental nos primeiros 4 meses após o nascimento da criança, com foco no uso da rede de apoio social;
- Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no período pré-natal no manejo materno das intercorrências com a criança nos seus primeiros 4 meses de vida;
- Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no período pré-natal no empoderamento materno/familiar para o parto/nascimento;
- Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no período pré-natal no estímulo à criança com uso do brincar/brinquedo nas práticas de cuidado parental ao longo de seus primeiros 4 meses de vida;
- Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de pesquisa que busca analisar os diálogos no pré-natal e a experiência de mulheres em parir e cuidar dos filhos.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no período pré-natal na experiência de parir e nas práticas de cuidado parental nos primeiros 4 meses após o nascimento da criança.

Objetivo Secundário:

- Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no período pré-natal no cuidado parental nos primeiros 4 meses após o nascimento da criança, com foco no uso da rede de apoio social;
- Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no período pré-natal no manejo materno das intercorrências com a criança nos seus primeiros 4 meses de vida;
- Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no período pré-natal no empoderamento materno/familiar para o parto/nascimento;
- Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no período pré-natal no estímulo à criança com uso do brincar/brinquedo nas práticas de cuidado parental ao longo de seus primeiros 4 meses de vida;
- Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no

<b>Endereço:</b> WASHINGTON LUIZ KM 235	<b>CEP:</b> 13.565-905
<b>Bairro:</b> JARDIM GUANABARA	
<b>UF:</b> SP <b>Município:</b> SAO CARLOS	
<b>Telefone:</b> (16)3351-9683	<b>E-mail:</b> cephumanos@ufscar.br

Página 01 de 03

Os riscos e benefícios estão adequadamente descritos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante, riscos e benefícios estão adequadamente descritos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE contém todas as informações necessárias as participante da pesquisa.

O Termo de Autorização da instituição está adequado.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências ou inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

<b>Endereço:</b> WASHINGTON LUIZ KM 235	<b>CEP:</b> 13.565-905
<b>Bairro:</b> JARDIM GUANABARA	
<b>UF:</b> SP <b>Município:</b> SAO CARLOS	
<b>Telefone:</b> (16)3351-9683	<b>E-mail:</b> cephumanos@ufscar.br

Página 02 de 03



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 957.814

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO CARLOS, 20 de Fevereiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Ricardo Carneiro Borra**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

### 9.3. Anexo 3

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **Diálogos no pré-natal e a experiência de mulheres em parir e cuidar do(s) filho(s)**, aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos. Você foi selecionada para esta pesquisa por ter integrado um mínimo de 4 encontros de diálogos no pré-natal, ter parido na cidade de São Carlos/SP e ser maior de 18 anos ou emancipada. Contudo sua participação não é obrigatória. O objetivo deste estudo é compreender a influência de diálogos no período pré-natal na experiência de parir e nas práticas de cuidado nos primeiros 4 meses após o nascimento da criança. Sua participação nesta pesquisa consiste em conceder uma entrevista, que será gravada em áudio para evitar a perda de dados importantes. O local sugerido para a entrevista é seu domicílio, contudo ele pode ser modificado para um de sua escolha desde que este tenha um mínimo de interferências. Após a gravação, o material será transcrito e analisado para identificar aspectos importantes de sua experiência. Narrar experiências de vida pode colaborar com o enfrentamento das situações postas ao dia a dia e, especificamente neste estudo envolverá questões sobre o parir, nascer e cuidar do filho. É possível que durante a entrevista venham à tona lembranças de sofrimentos presentes nessa experiência e, em caso positivo, nos dispomos a, na existência, encontrar algum profissional que a acolha e acompanhe dentro da abrangência do município de São Carlos. As informações obtidas são confidenciais, sendo o acesso restrito a equipe de pesquisadores coordenados pela Dra. Monika Wernet, professora da Universidade Federal de São Carlos. É garantido anonimato ao participante e demais indivíduos cujos nomes forem citados. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A participação no estudo não acarretará em gastos para você, nem qualquer tipo de pagamento.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam dados para contato com a equipe de pesquisadoras, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Adiciono que os resultados poderão vir a ser divulgados em eventos científicos e publicações científicas, ressaltando que a forma de divulgação não possibilitará sua identificação.



---

**Monika Wernet**

Rodovia Washington Luís, Km 235.

Departamento de Enfermagem,

Secretaria de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSCAR. São Carlos - SP

Fone: (016) 3351-8334

E-mail: [monika.wernet@gmail.com](mailto:monika.wernet@gmail.com)



Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró- Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br  
Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_.

---

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa