

# Vulnerabilidades para a criança prematura: contextos domiciliar e institucional

*The vulnerabilities of premature children: home and institutional contexts*

*Vulnerabilidad para niño prematuro: contextos domiciliarios e institucional*

**Rosane Meire Munhak da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3355-0132

**Adriana Zilly<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8714-8205

**Ana Paula Contiero Toninato<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7251-6423

**Letícia Pancieri<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-6278-7193

**Maria Cândida Carvalho Furtado<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-7942-4110

**Débora Falleiros de Mello<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-5359-9780

<sup>I</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

## Como citar este artigo:

Silva RMM, Zilly A, Toninato APC, Pancieri L, Furtado MCC, Mello DF. The vulnerabilities of premature children: home and institutional contexts. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20190218. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0218>

## Autor Correspondente:

Rosane Meire Munhak da Silva  
E-mail: [zanem2010@hotmail.com](mailto:zanem2010@hotmail.com)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Dulce Aparecida Barbosa

Submissão: 05-06-2019

Aprovação: 22-05-2020

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar situações vulneráveis para crianças prematuras em cuidado domiciliar nos primeiros seis meses após a alta. **Método:** Estudo qualitativo, na perspectiva da hermenêutica filosófica, realizado em um município brasileiro em região de fronteira. Foram conduzidas entrevistas em profundidade, com análise de dados pela interpretação de sentidos, com 18 mães de crianças prematuras egressas de unidade hospitalar, perfazendo 25 visitas domiciliares e 56 contatos telefônicos. **Resultados:** Relatos maternos expressam situações de relações vulneráveis, movimentos de preocupações e necessidades de cuidados, singularidades do desenvolvimento do bebê prematuro, e repercussões das rotinas institucionais no cuidado em domicílio. **Considerações finais:** Há circunstâncias vulneráveis da prematuridade que reafirmam dimensões individuais, sociais e institucionais interligadas. Importante destacar que a dimensão institucional envolve a responsabilidade dos profissionais de saúde em não ampliar as vulnerabilidades individuais e sociais, e sim promover o cuidado e buscar reduzir situações que geram ameaças, incertezas, preocupações e danos.

**Descritores:** Recém-Nascido Prematuro; Promoção da Saúde; Vulnerabilidade em Saúde; Cuidado da Criança; Relações Mãe-Filho.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze situations in which premature children are vulnerable in home care, in the first six months after hospital discharge. **Method:** Qualitative study, from the perspective of philosophical hermeneutics, carried out in a Brazilian city on the border. In-depth interviews were conducted, with a data analysis considering the method of interpretation of meanings. 18 mothers of premature children discharged from a hospital unit participated. 25 home visits and 56 calls were made. **Results:** The reports from the mothers express situations of vulnerability, concerns, needs for care, singularities of the development of the premature baby, and repercussions of institutional routines in home care. **Final considerations:** There are vulnerable circumstances in prematurity that reaffirm interconnected individual, social, and institutional dimensions. It is important to highlight that the institutional dimension involves the responsibility of health professionals not to increase individual and social vulnerabilities, but to promote care and seek to reduce situations that generate risks, uncertainties, concerns, and damages.

**Descriptors:** Infant, Premature; Health Promotion; Health Vulnerability; Child Care; Mother-Child Relations.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analisar situaciones vulnerables para niños prematuros en cuidado domiciliar en los primeros seis meses después de la alta. **Método:** Estudio cualitativo, en la perspectiva de la hermenéutica filosófica, realizado en un municipio brasileño en región de frontera. Han sido conducidas entrevistas en profundidad, con análisis de datos por la interpretación de sentidos, con 18 madres de niños prematuros egressas de unidad hospitalaria, un total de 25 visitas domiciliarias y 56 contactos telefónicos. **Resultados:** Relatos maternos expresan situaciones de relaciones vulnerables, movimientos de preocupaciones y necesidades de cuidados, singularidades del desarrollo del bebé prematuro, y repercusiones de las rutinas institucionales en el cuidado en domicilio. **Consideraciones finales:** Hay circunstancias vulnerables de la prematuridad que reafirman dimensiones individuales, sociales e institucionales interrelacionadas. Importante destacar que la dimensión institucional envuelve la responsabilidad de los profesionales de salud en no ampliar las vulnerabilidades individuales y sociales, y sí promover el cuidado y buscar reducir situaciones que generan amenazas, incertidumbres, preocupaciones y daños.

**Descriptor:** Recién Nacido Prematuro; Promoción de la Salud; Vulnerabilidad en Salud; Cuidado del Niño; Relaciones Madre-Hijo.

## INTRODUÇÃO

A criança nascida prematura é considerada vulnerável pelo próprio nascimento, por complicações advindas da prematuridade, hospitalização prolongada e fatores relacionados às dificuldades intrínsecas a cada contexto familiar, os quais se encontram permeados por agentes biológicos e aspectos psicológicos, sociais, econômicos e familiares<sup>(1)</sup>. Nesse sentido, os prematuros requerem maior atenção na proteção e promoção da saúde para o seu bom desenvolvimento<sup>(1)</sup>.

A experiência da prematuridade para as famílias pode romper expectativas construídas ao longo da gestação pela hospitalização do filho, momento da alta e transição para o domicílio, podendo ser envolta por sofrimentos e dificuldades<sup>(2)</sup>. A responsabilidade da família no cuidado domiciliar é muito importante, e a atuação dos profissionais de saúde junto aos cuidadores parentais em situação de prematuridade é fundamental diante dos desafios cotidianos<sup>(3)</sup>.

As influências da dinâmica familiar, do ambiente domiciliar e comunitário e, principalmente, das práticas de cuidado parentais nesse processo podem contribuir ou dificultar o desempenho do prematuro<sup>(4-5)</sup>. Assim, justifica-se a necessidade de acompanhar as famílias de prematuros de forma sistemática para proporcionar intervenções promotoras da parentalidade positiva e de qualidade de vida à criança<sup>(4-6)</sup>. Os pais devem ser considerados parceiros na atenção à saúde da criança prematura, sobretudo para a promoção do desenvolvimento infantil, uma vez que o ambiente familiar e a comunidade são espaços em que a criança passa a maior parte do tempo, e sua inserção adequada contribuirá para o desenvolvimento de longo alcance<sup>(7)</sup>.

Dada a importância de práticas seguras no domicílio, a preocupação com a qualidade do cuidado e do ambiente onde a criança vive bem como o impacto em seu progresso<sup>(8)</sup>, é relevante investigar as situações vulneráveis no exercício do cuidado em domicílio considerando a necessidade de dar voz aos sujeitos para identificar aspectos relacionados ao suprimento das necessidades do crescimento e desenvolvimento na infância.

## OBJETIVO

Analisar situações vulneráveis para crianças prematuras em cuidado domiciliar nos primeiros seis meses após a alta hospitalar.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, atendendo às normas de pesquisas envolvendo seres humanos.

Para manter o anonimato, as participantes foram identificadas pela letra P, seguida pelo número de entrevista (P1, P2 a P18), e o momento em que se realizou a entrevista foi descrito pela sigla VD (visita domiciliar, 15 dias após a alta), Telefonema I (30 dias após a VD) e Telefonema II (aos 6 meses de idade cronológica da criança).

## Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, na perspectiva da hermenêutica filosófica<sup>(9)</sup>, fundamentado no quadro conceitual da vulnerabilidade e do cuidado em saúde<sup>(10-11)</sup>.

A construção do quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde está relacionada ao entendimento das práticas preventivas e às possibilidades de avançar para além das práticas apoiadas estritamente nos saberes biomédicos<sup>(10)</sup>. As pessoas enfrentam diferentes situações de vulnerabilidade, em âmbitos individual ou coletivo, e as situações de agravos à saúde podem ser particularizadas em três dimensões interligadas: a individual, a social e a programática ou institucional<sup>(10)</sup>. As situações individuais, sociais e institucionais não podem ser analisadas de forma isolada, pois há necessidade de identificar singularidades com base nas seguintes questões de ordem prática: "Vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições?" As pessoas não são em si, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de sua vida<sup>(12)</sup>. Neste estudo, as questões do cuidado do bebê prematuro envolvem aspectos socioculturais, individuais, estruturais e institucionais. O estudo apoia-se também no quadro conceitual do cuidado em saúde<sup>(11)</sup>, com ênfase em uma atenção à saúde de base dialógica, isto é, sustentada por saberes e valores dos diferentes sujeitos envolvidos e sensível aos significados e sentidos diante das demandas e intervenções no campo da saúde.

## Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em um município brasileiro em região de tríplice fronteira. Os critérios de inclusão na presente investigação foram: mães maiores de 18 anos de idade, com crianças que nasceram com idade gestacional inferior a 37 semanas, hospitalizadas em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) ou unidade de cuidados intermediários neonatal (UCIN) por no mínimo cinco dias, residentes em Foz do Iguaçu-PR, Brasil. Os critérios de exclusão foram: mães com diagnóstico de problemas de saúde mental registrado em prontuário; dificuldades de comunicação relacionadas à diversidade étnica presente no município; e impossibilidade de realização da visita domiciliar (VD) pela não localização do endereço e/ou ausência da mãe no endereço após três tentativas.

A referida UTIN comporta alta densidade tecnológica, é a única destinada ao atendimento de recém-nascidos de alto risco para os municípios pertencentes à regional de saúde de Foz do Iguaçu e, por muitas vezes, realiza atendimentos a recém-nascidos de turistas que visitam a cidade e de estrangeiras residentes nos países vizinhos (Paraguai e Argentina).

## Fonte de dados

De 33 mães de crianças prematuras hospitalizadas no período de busca, residentes em Foz do Iguaçu, três não participaram da pesquisa por serem menores de 18 anos; três não falavam o idioma português; uma não aceitou participar da pesquisa considerando que seu outro filho (gemelar) permanecia em estado grave de saúde; uma mãe teve o filho transferido a outro hospital; e, com sete, não foi possível estabelecer contato no período da

coleta dos dados porque os pais não têm livre acesso à UTIN e/ou UCIN, uma vez que a instituição permanece com a política de visitação em horários restritos. Desse modo, participaram da presente investigação 18 mães.

A trajetória de busca e inclusão de participantes foi encerrada quando os resultados passaram a produzir significados para compreender os fenômenos em profundidade, riqueza e complexidade<sup>(13)</sup>.

### Coleta e organização dos dados

A coleta de dados aconteceu entre julho de 2017 e abril de 2018, a partir de VD e contatos telefônicos conduzidos pela primeira autora, que tem formação profissional em enfermagem neonatal. No hospital, em local privativo, estabeleceu-se o primeiro contato com cada participante enquanto a criança permanecia hospitalizada, com a apresentação dos objetivos da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista foi realizada em momento de VD, após 15 dias da alta hospitalar do bebê. Os contatos por telefone ou mensagens de texto instantânea foram efetuados 30 dias depois da VD e após as crianças completarem 6 meses de idade. Elegeu-se como técnica para a coleta de dados a entrevista semiestruturada, gravada em áudio na VD e transcrita na íntegra, bem como por contatos telefônicos registrados diretamente pela pesquisadora e lidos em seguida para anuência da participante. A entrevista partiu da seguinte instrução norteadora: "Conte-me como tem sido o cuidado diário com seu(sua) filho(a)?" Ao todo foram realizadas 25 VDs, 25 telefonemas e 31 contatos por mensagens de texto.

### Análise dos dados

A análise dos dados foi ancorada na interpretação de sentidos, a qual busca descrever, compreender e contextualizar informações com base nos dados coletados, culminando em temas que traduzem partes significativas do conjunto dos dados. Para isso, foram realizadas leituras repetidas do material empírico, com uma visão do conjunto e de suas particularidades, buscando compreender os sentidos e reinterpretando-os para gerar a explicação dos conteúdos<sup>(14)</sup>.

Os resultados foram agrupados nas seguintes unidades temáticas: Relações vulneráveis de interação; Preocupações e necessidades de cuidados físicos; Singularidades do bebê prematuro e seu desenvolvimento; e Repercussões das rotinas institucionais no cuidado em domicílio.

## RESULTADOS

As narrativas maternas traduzem os principais aspectos da vulnerabilidade da criança nascida prematura para o cuidado exercido por mães no ambiente domiciliar.

### Relações vulneráveis de interação

Os relatos das participantes expressam momentos de interação com o filho prematuro no domicílio e expõem fragilidades em lidar com o bebê.

*Quando ela chora, eu não sei o que fazer. (P2, VD)*

*Eu só fico pensando que a situação seria bem diferente se ela nascesse no tempo certo, sabe? Mas, eu também aprendi bastante com ela agora, com o parto prematuro. Todo o processo que eu precisava, eu mesma falei com meu marido, nós precisávamos daquele tempo também, para crescer como família, como pais. (P5, VD)*

*Se ele resmungar, eu já estou lá olhando se ele não está se afogando com alguma coisa, mas acho que isso é porque é o primeiro. (P6, VD)*

As situações retratam que os adultos de referência nem sempre se encontram preparados para exercer o cuidado do filho e que a parentalidade precisa ser aprendida ao longo dos dias.

A fragilidade ora proferida pelas mães tem como pano de fundo o medo de estimular e cuidar por se tratar de um bebê delicado, e tal fato é percebido como prejudicial para o processo interacional.

*Eu não peguei ela no primeiro minuto que nasceu, só foi mostrada e já foi para os cuidados [pela equipe de saúde]. Eu fui tocar ela no dia seguinte, mas não é a mesma coisa de pegar, sentir o cheiro, ela sentir o meu calor, eu sentir o dela. Isso foi no sétimo dia, quando ela saiu dos tubos. Eu ficava com medo até de tocar nela, se mexia alguma coisa. (P18, VD)*

Outros aspectos vulneráveis foram identificados nos relatos maternos, mostrando-se propensos a comprometer o cuidado e a interação com o prematuro no domicílio.

*Desde o primeiro mês de gravidez, eu passei nervoso. Tentaram matar meu marido na minha frente, fiquei com medo. Depois que ele caiu preso, vieram me contar que era mesmo o que ele tinha feito, porque eu não sabia. Então, foi um monte de notícias, vinha uma em cima da outra. [...]. Eu fiquei com medo, vim morar perto da minha sogra. E fiquei pensando como iria fazer com três filhos. (P7, VD)*

*O nascimento dela foi um momento da minha vida que ele [o pai] não estava junto, eu senti muita falta dele. Quando eu estava no hospital, eu não gostava nem de olhar aqueles homens entrando no quarto, só de lembrar dá um nó. É uma coisa que eu sempre quis ter perto. Estar ali naquela hora, não tive nenhum dos três [pais dos outros filhos]. (P7, VD)*

Os efeitos prejudiciais de interações vulneráveis entre o bebê prematuro e seus familiares poderão ser determinantes para a desorganização de suas características comportamentais e de personalidade, podendo influenciar e se manifestar em todo o processo de desenvolvimento infantil.

### Preocupações e necessidades de cuidados físicos

Os relatos maternos apontam os aspectos inerentes às preocupações com o cuidado físico e protetor ao filho prematuro no domicílio. As preocupações mais enfatizadas envolvem a prática da alimentação, com destaque à incerteza se estão conseguindo exercer os cuidados de forma adequada.

*A minha preocupação dela se afogar é na hora que eu estou dando mamadeira, porque no peito ela está ali, ela controla, ela suga, para e respira. E na hora de mamar, não... você dando a mamadeira, se eu não tirar ela aspira, meu medo é esse. (P1, VD)*

*Penso, será que ele está se satisfazendo com meu leite, será que estou conseguindo cuidar bem dele. Aquela insegurança de mãe. Será que estou me dando 100%, estou fazendo certinho? Será que eu estou conseguindo cumprir com o meu papel 100%? (P13, VD)*

Entrelaçada aos cuidados com a alimentação, a preocupação com o ganho de peso também foi mencionada pelas mães.

*A preocupação é só dela engordar logo. É crescer, engordar logo para ser como um bebê normal. (P2, VD)*

*A preocupação é dela perder peso. Eu tenho medo, essa é minha preocupação. (P7, VD)*

Ao considerar frágil o filho prematuro, as mães também relataram preocupações quanto à sua saúde, com a susceptibilidade de adquirir doenças e necessidade de uma nova internação.

*Eu acho que, por ele ser prematuro, eu me preocupo um pouco mais, imagino que talvez a imunidade dele seja desenvolvida com um pouquinho mais de tempo, demore um pouquinho mais para ganhar. Eu teria cuidados se ele tivesse nascido no período esperado, mas a minha preocupação é maior por ele ser prematuro. (P12, VD)*

*A minha maior preocupação é dele voltar para o hospital. Outra preocupação que vi bastante no hospital é bronquite, a bronquiolite. Isso é o que mais me preocupa. (P13, VD)*

Assim, no domicílio, as mães encontram-se vigilantes com qualquer sinal ou reação diferente que a criança possa apresentar e, em especial, ficam atentas a sua respiração. Elas reportam-se à hospitalização da criança pelas vivências com episódios de dificuldade respiratória durante a internação, e a preocupação de perder o filho ainda se encontra forte para algumas delas.

*Fico sempre de olho nela. Se ela está respirando, se está bem, se está acordada. (P5, VD)*

*Nas primeiras noites, qualquer coisinha você acha que vai morrer. Você acha que vai morrer dormindo. Acordo um monte à noite para ver se ele está respirando. (P17, VD)*

A perspectiva de que seus filhos prematuros estão sob riscos de adoecer constantemente está presente nos relatos maternos, o que gera dedicação de grande parte de seu tempo para os seus cuidados com o objetivo de protegê-los. Desse modo, o retorno ao trabalho e a organização para deixar o filho sob os cuidados de uma outra pessoa também se tornam preocupações para as mães.

*Eu acho que estou começando a me preocupar mais, como eu vou trabalhar depois [risos]. Faltam dois meses, mas eu já estou preocupada agora. Eu já penso assim: "Com quem que eu vou deixar, eu não consigo deixar com qualquer pessoa". (P6, VD)*

*A minha preocupação é quando eu voltar ao trabalho [...]. Não sei o que eu vou fazer, se vou de repente contratar uma babá, para ficar com ele, não sei o que é mais seguro, mas não sei se por ele ter nascido prematuro, eu acabo tendo esse zelo maior, sabe? (P12, VD)*

Os sentimentos de incerteza e as percepções de que seu filho não estará seguro e com todos os cuidados de que necessita influenciam o cotidiano materno, sugerindo o desencadeamento de sofrimentos e de atitudes que podem abalar o desenvolvimento da confiança e da autonomia.

### Singularidades do bebê prematuro e seu desenvolvimento

As percepções maternas em relação ao filho prematuro trazem diferenças ao executar os cuidados, por considerá-lo mais frágil e delicado. Os relatos maternos indicam que as diferenças no cuidar dizem respeito a um maior zelo por ser uma criança menor.

*É diferente só por ela ser pequeninha, mais delicada. (P7, VD)*

*Essa é a diferença, porque as outras crianças choram, ela chora quando está suja, às vezes ela chora pra mamar, mas é muito difícil. [...] Se esperar pela criança prematura chorar pra mamar, não chora. (P8, VD)*

*Muita diferença, principalmente por ele nascer prematuro. (P13, VD)*

*Por ele ser baixo peso, ser prematuro, o cuidado é diferente relacionado aos horários. (P17, VD)*

Os eventos cotidianos da criança prematura no domicílio foram apontados pelas mães como merecedores de maior atenção e vigilância. Os relatos maternos mostram preocupações e temores para o desenvolvimento futuro da criança, sobretudo relacionados às sequelas advindas de complicações apresentadas no período da hospitalização e prematuridade.

*Tem, principalmente, em como vai ser daqui para frente. Que nem... um dos meus filhos [gêmeos] teve a parada respiratória. Quando nasceu, ele esqueceu de respirar. Então, por isso, ele foi entubado, colocou os aparelhinhos. Eu tenho mais preocupação com ele em relação a isso, de ter tido alguma sequela neste período. (P3, VD)*

*Dá um medo de como será o futuro. Espero que dê tudo certo, que cresça bem, que aprenda bem, que não tenha nenhum probleminha. Ela chegou a fazer uma ultrassonografia transfontanelar porque não estava acordando. [...] Ficou aquele medo, será que ficou alguma sequela? Eu fiquei nessa dúvida, em saber se realmente faltou oxigenação no cérebro dela ou não. Eu não sei se isso poderá afetar o futuro dela. (P18, VD)*

Os relatos expressam temores relacionados a vulnerabilidades individuais e de caráter biológico pela prematuridade; e, embora apresentem preocupações, nem sempre as mães acreditam haver a necessidade de realizar estímulos, e outras não sabem como fazer isso.

*Acho que ela precisa de pouco estímulo, pois ela está muito esperta. (P8, Telefonema II)*

*Penso que precisa pouco. Brinco, converso, pois, mas minha filha está se desenvolvendo muito bem. (P11, Telefonema II)*

*Faço muito pouco. Ela está ótima, tem um ótimo desenvolvimento. (P14, Telefonema II)*

*Ainda não sei bem como estimular minha filha. (P15, Telefonema I)*

Importante destacar que tanto o excesso de preocupação quanto a visão de que necessita de pouco estímulo podem trazer prejuízos para o desenvolvimento infantil.

### **Repercussões das rotinas institucionais no cuidado em domicílio**

Os relatos maternos sugerem a existência de lacunas e impedimentos para que as mães se fortaleçam mais em seu papel de cuidadora e aprendam a cuidar do filho, o que pode gerar insegurança no cuidado domiciliar.

*Ir e vir [pausa], as noites eram muito longas e, no momento que eu fui ficar com ela na unidade canguru, foi mais difícil ainda. Quando ela estava lá, eu ficava todo o dia com ela, quando era a hora de voltar para casa, era bem mais difícil deixar ela ali. (P5, VD)*

*Eu acho que, se pudesse ficar dormindo, eu tinha ficado, porque o pior não é ficar lá, o pior é vir embora. É desumano deixar lá, parece que está abandonado. (P17, VD)*

O cenário ora apresentado refere-se à política de visitação da instituição hospitalar, que restringe a permanência dos pais junto ao filho, de modo que mesmo os horários de mamadas são programados.

No tocante à estrutura hospitalar para acolher as mães no hospital, as participantes descreveram dificuldades, considerando haver problemas na oferta de um local apropriado para que possam permanecer junto ao filho.

*Era cansativo, eu ficava lá o dia inteiro, das 9 da manhã às 11 horas da noite. Ficava na recepção, lá fora, não tinha lugar para ficar lá dentro. (P11, VD)*

*Foi bem difícil, muito difícil, bem cansativo. Porque você não tem um lugar para ficar. Eu ficava, para dizer bem a verdade, perambulando pelo hospital. Porque eu saía entre uma mamada e outra. Ia na recepção particular, que o sofá é mais confortável [...] (P13, VD)*

*A alimentação era disponibilizada pelo hospital, mas eu fui descobrir isso só no segundo ou terceiro dia. Ninguém me avisou que tinha isso. (P13, VD)*

Somado à falta de estrutura para a permanência das mães, outro aspecto importante relativo à realidade estudada envolve os ensinamentos durante a hospitalização com a finalidade do preparo para cuidar em casa.

*No hospital, não me ensinaram dar banho neles [gêmeos]... eu tive que me virar sozinha, me virei sozinha. Estou dando banho do jeito que eu sei, do jeito que eu dava no meu sobrinho, mas eles são muito pequenininhos [risadas]. (P4, VD)*

*Desde que ela veio para casa, fico sozinha; e, no hospital, eu não tive orientação. Quando eu chegava para dar o mamá, a técnica de enfermagem já tinha dado banho. E daí em casa, o primeiro foi complicado. (P18, VD)*

Na atenção hospitalar, não foram todas as mães que receberam orientações ou que tiveram espaço para dialogar quando seus filhos estavam hospitalizados: algumas sequer experienciaram o processo de cuidar do filho prematuro antes da alta hospitalar. Desse modo, a inexistência ou a fragilidade das rotinas em relação ao preparo para o cuidado, assim como para o planejamento da alta hospitalar, faz com que as mães não se sintam preparadas para cuidar do filho em casa, podendo até deixar de lado etapas importantes para o seguimento da criança após a alta hospitalar.

*Se você tivesse a assistência de um profissional antes, vamos dizer, um dia antes da alta você passasse o dia todo fazendo os cuidados sozinha, já seria bem diferente. (P13, VD)*

*Eu só fui avisada na hora que ela foi entregar a carteirinha do meu filho e falou assim: "Agora você tem que ir lá no serviço social para você pegar o encaminhamento para o Centro de Nutrição". Eu fiquei pensando, assim, mas agora na euforia de ir embora, eu não vou sair com o menino, passar lá na recepção, falar com a assistente social. (P13, VD)*

O acompanhamento da saúde da criança após a alta hospitalar é visto como pertinente ao bebê prematuro, que requer atenção especializada e profissionais de saúde capacitados. No presente estudo, as mães mencionaram que os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), em sua opinião, não se mostram preparados para a atenção à saúde específica de crianças nascidas prematuras.

*Eu achei que eles [equipe da USF] não estavam preparados para ver uma criança prematura, pra mim foi muito ofensivo dizer é muito pequenininha. Mas é minha filha sabe? Poderiam falar outra coisa, não foi bom. (P5, VD)*

*A outra vez que eu fui lá no posto [UBS], estava um caos, nem consegui pesar ele. Me falaram assim: "Pode ir naquela salinha, se não tiver ninguém, você pesa". (P6, VD)*

*Acho que eu não vou fazer no posto [USF], vou fazer lá no hospital, com o pediatra. Porque não adianta, eu vou ali só para pesar e medir. Ela [enfermeira] não orienta nada, não ensina nada, não explica nada. Vou expor ele uma vez só. (P17, VD)*

Os relatos mostram aspectos do contexto ora apresentado com situações de vulnerabilidade institucional ou programática para o seguimento do prematuro. Nesse sentido, aspectos inerentes à responsabilização e à qualidade da atenção à saúde em situação de prematuridade estão inseridos nas experiências relatadas pelas participantes, sugerindo reflexos na gestão do cuidado e monitoramento das práticas e programas no âmbito da promoção da saúde e prevenção de agravos.

## **DISCUSSÃO**

O presente estudo mostra que o nascimento prematuro e a hospitalização podem desencadear vulnerabilidades que interferem na relação entre cuidadores parentais e seus filhos. A fragilidade aqui proferida pode aumentar o risco de problemas no desenvolvimento e comportamento infantil, especialmente na área cognitiva

e de linguagem expressiva, assim como prejudicar o progresso das habilidades maternas para cuidar do filho no domicílio<sup>(15)</sup>.

Além disso, bebês prematuros são menos ativos e responsivos nas interações, o que, de certo modo, pode enfraquecer o envolvimento parental nos processos interativos<sup>(3)</sup>. A vulnerabilidade do prematuro no processo interacional torna-se preocupante para o desenvolvimento infantil<sup>(7)</sup>.

Os efeitos prejudiciais de interações vulneráveis podem ser minimizados quando os profissionais de saúde apoiam e facilitam a aproximação progressiva entre mãe e filho ainda no hospital, colaborando para o bom desempenho dos processos interativos<sup>(16)</sup>. É preciso criar oportunidades para interações longas e sustentadoras<sup>(7)</sup>.

Outro item a destacar se reporta à vivência de uma gravidez saudável: isso significa que as gestantes não poderiam ser expostas a ambientes ou situações iatrogênicas, como mostrado na presente investigação. Tais circunstâncias podem favorecer o nascimento prematuro, enfraquecer o processo de maternagem e apresentar consequências negativas para o bom desenvolvimento<sup>(17)</sup>. Na presença dessas situações, a equipe de saúde necessita contribuir para avaliar, acompanhar e intervir de forma cuidadosa no domicílio e nos atendimentos, pois tais problemas poderão desencadear a exaustão materna e sintomas de distúrbios mentais pós-parto<sup>(18-19)</sup>.

No cotidiano do cuidado domiciliar, as mães consideram que seu papel maternal terá sucesso se alcançar êxito na amamentação, por reconhecer os benefícios que o leite materno oferece à criança prematura, especialmente para sua recuperação e crescimento saudável. Diante da incapacidade de alimentar seu filho, abre-se espaço para os sentimentos de culpa e vergonha<sup>(3)</sup>. A preocupação materna com relação às falhas na alimentação e, conseqüentemente, à perda de peso em casa representa para as mães um fator preditivo de retorno ao hospital, considerando que, no período da hospitalização, as crianças prematuras apresentam intercorrências que influenciam diretamente em seu ganho ou perda de peso, impedindo-lhes de receber alta<sup>(20)</sup>.

Por essa razão, é preciso repensar as atitudes profissionais com as mães em momentos delicados como este, porque é preciso construir encontros verdadeiros, abertos para o diálogo, oportunizando-as a falarem sobre seus medos e dificuldades no tocante à amamentação e ganho de peso do filho, estando atentos às singularidades de cada díade e esclarecendo que o aleitamento materno não é a única maneira de cuidar<sup>(21)</sup>.

A vulnerabilidade biológica do prematuro proferida nas narrativas maternas corroboram outras pesquisas realizadas no Sul do Brasil, as quais acompanharam a evolução clínica de crianças prematuras no primeiro ano de vida e identificaram que cerca de 40% dessas crianças demandaram uma re-hospitalização, sendo as principais causas para o retorno os problemas respiratórios<sup>(22)</sup>.

Cabe ressaltar que o medo oriundo da condição clínica apresentada pela criança enquanto estava na UTIN é um sentimento que permanece na memória das mães<sup>(23)</sup>. Assim, mesmo estando em casa, as mães encontram-se vigilantes quanto a qualquer sinal ou reação diferente que a criança possa apresentar; e, quando precisam se ausentar, particularmente no retorno ao trabalho, os sentimentos e as percepções de que seu filho não estará seguro tornam-se mais intensos.

No processo do cuidar da criança prematura, tanto o excesso de preocupação quanto a visão de que necessita de pouco

estímulo e cuidados podem trazer prejuízos ao desenvolvimento infantil. Cabe destacar a relevância dos profissionais de saúde em prover atenção para incentivar mães, pais e famílias quanto às oportunidades positivas ao desenvolvimento durante os cuidados cotidianos da criança. Um estudo com crianças holandesas sobre a relação entre o desenvolvimento do prematuro com os níveis de direcionalidade materna mostrou que é preciso haver uma mediação entre os estímulos realizados pela mãe, atentando-se tanto para o excesso quanto para a falta, com efeitos negativos para o progresso da criança<sup>(24)</sup>. As experiências familiares devem fornecer oportunidades adequadas e prazerosas para o desenvolvimento infantil<sup>(7)</sup>, particularmente em momentos com os pais, irmãos e outros familiares.

As narrativas maternas ainda mostraram que voltar para casa sem o bebê não é uma tarefa fácil, pois é demarcada por muito sofrimento. Permitir que os pais se façam presentes na UTIN vai, além de deixá-los ao lado do filho dia e noite, garantir que encontrem seu lugar junto a ele. Importante ressaltar que, no processo de hospitalização, toda a rotina cotidiana familiar é transformada para que seus membros permaneçam a maior parte do tempo no hospital. Para isso, é importante acolher as famílias, em especial a mãe, que vem se mostrando como cuidadora mais presente, sobretudo pelas necessidades da amamentação e de permanência junto ao filho.

A inexistência de estrutura que proporcione conforto para a mãe que necessita permanecer no hospital, a intensidade de ruídos provenientes dos aparatos tecnológicos institucionais, somados ao cansaço físico, problemas emocionais e à falta de tempo para o cuidado de si são aspectos que interferem nesse cotidiano de hospitalização da criança prematura. Tais aspectos podem intensificar as fragilidades das mães que acompanham o filho, com comprometimentos para sua saúde física e mental<sup>(25)</sup>. Nesse sentido, é relevante o investimento das instituições de saúde em recursos para construir e adequar os espaços a fim de melhorar a atenção à criança hospitalizada e à sua família<sup>(25)</sup>.

Cabe apontar: por mais que não seja possível minimizar o sofrimento da família ocasionado pela condição de saúde do filho, é fundamental que os profissionais e as instituições se esforcem para amenizar outras fontes de sofrimento. Nesse caminho, as práticas em saúde com base em elementos como a escuta atenta, o diálogo e a comunicação são essenciais para amparar e fortalecer as pessoas em situação de vulnerabilidade, como as figuras parentais de prematuros que necessitam adquirir habilidades para cuidar do filho em casa<sup>(26-27)</sup>.

Ademais, realizar cuidados básicos sob a supervisão de profissionais ainda no hospital, valorizando a sabedoria prática materna, garante às mães confiança em suas ações<sup>(27)</sup>. Por exemplo, o banho do prematuro, descrito como uma dificuldade no domicílio, pode ser praticado pelas mães antes da alta hospitalar, o que as tornaria mais seguras e confiantes em casa.

Ao se levar isso em consideração, a alta requer programação atenta e não pode ser avisada à família de modo repentino, como mostrou esta investigação, e sim de maneira planejada e participativa<sup>(2,28)</sup>. A literatura científica indica que o planejamento da alta deve ser individualizado, com informações claras e seguras para o entendimento adequado dos cuidadores e, preferencialmente, com a equipe de saúde que já tenha criado um vínculo<sup>(28-29)</sup>. Recorrer a alternativas como a utilização de materiais educativos poderá potencializar o

processo de educação em saúde, pois simplifica as rotinas e beneficia os cuidadores com instruções que podem melhorar o seu desempenho, porquanto a utilização de imagens é uma estratégia valiosa, a qual transforma as orientações em linguagem visual, estimulando e facilitando o entendimento das informações<sup>(30)</sup>.

Ensinar como cuidar em casa das crianças prematuras, de forma planejada e valorizando as experiências, pode permitir aos cuidadores o desenvolvimento do seu senso de responsabilidade e, conseqüentemente, reduzir o estresse e novas internações, bem como instigar a busca por recursos na comunidade para suprir as necessidades do filho após a alta<sup>(30)</sup>. Nesse âmbito, também cabe pontuar a importância da responsabilidade das comunidades<sup>(7)</sup>, pois o cuidado às crianças e famílias mais vulneráveis pode ser beneficiado positivamente quando há uma coletividade amparadora.

Com respeito aos relatos maternos que apontaram situações de vulnerabilidade institucional ou programática para o seguimento do prematuro, a literatura evidencia muitos problemas nos serviços de Atenção Primária, a saber: incompletude da vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor; conhecimento precário dos marcos do desenvolvimento; processos interativos vulneráveis e com distanciamento; dificuldades no acesso e no agendamento de consultas; inexistência do pediatra em alguns serviços; trocas constantes de profissionais nas unidades; morosidade nos encaminhamentos para exames e consultas especializadas<sup>(1)</sup>. O acompanhamento de um bebê prematuro após a alta parece ainda ser desafiador para as equipes de Atenção Primária à Saúde, como um obstáculo permeado por preocupação, dúvidas e inseguranças, diante do qual nem sempre os profissionais se mostram aptos a identificar as necessidades dos prematuros e a realizar os cuidados demandados por eles e por suas famílias<sup>(31)</sup>.

A educação permanente dos profissionais de saúde é uma ação recomendada para o trabalho contínuo das unidades de saúde a fim de possibilitar a atualização profissional com base nas lacunas em seu dia a dia, considerando, assim, a necessidade de capacitação para o seguimento à saúde de prematuros. Para os profissionais atuarem com uma abordagem familiar e integral, é preciso sobressair a capacitação técnica e incluir uma rede social de apoio, a qual deverá ser concebida como uma ação estratégica visando promover saúde e reduzir danos ao desenvolvimento infantil<sup>(1,7)</sup>.

Situações de vulnerabilidade, nos âmbitos individual e familiar, e as encontradas na interface com os serviços de saúde neste estudo, trazem as dimensões individual, social e institucional<sup>(10)</sup>, apontando as circunstâncias vividas pelas mães no pós-alta, expressando que não são em si, mas podem estar vulneráveis sob determinadas condições e em diferentes momentos<sup>(12)</sup>.

O cenário em estudo é um município de fronteira, e cabe destacar que a atenção maternoinfantil torna-se fragilizada conforme o financiamento em saúde sofre influência da mobilidade populacional entre países, por ser contabilizado em função da população residente. No entanto, os atendimentos em saúde são realizados a toda população flutuante no local, o que leva à sobrecarga nos serviços de saúde e problemas com investimentos nesse setor<sup>(32)</sup>. Ainda, situações dessa natureza sugerem fragilidades à promoção da saúde, comprometendo a atenção a segmentos mais vulneráveis como o da criança nascida prematura e impactando a morbimortalidade infantil nessas regiões.

## Limitações do estudo

O estudo centrou-se nos primeiros seis meses após a alta hospitalar do bebê egresso de UTIN, e aponta-se a necessidade de acompanhar as mães com filhos prematuros além dos 6 meses de idade, considerando que novas vulnerabilidades para cuidar em domicílio podem surgir — as famílias necessitam de apoio profissional e comunitário para exercer os cuidados com segurança e autonomia e, assim, garantir o desenvolvimento seguro e saudável do filho prematuro. Nesse sentido, o objeto de estudo é complexo, por isso torna-se importante expandir para outras investigações, tendo como pano de fundo a observação do cuidado e intervenções para reduzir as vulnerabilidades no domicílio.

## Contribuições para Área

O estudo contribui para o fortalecimento de boas práticas no ambiente hospitalar referentes à inserção das mães no cuidado, com vistas a potencializar o progresso de suas habilidades ao chegar no domicílio e fazê-las adquirir autonomia e segurança para reconhecer e atender às necessidades de saúde do filho prematuro. Ademais, o presente trabalho também contribui para o desenho de estratégias que norteiem melhorias na qualidade do seguimento ao prematuro em serviços de atenção primária, em especial às regiões de fronteira, considerando a fragilidade na cooperação entre os países para garantir o acesso a serviços públicos de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação possibilitou identificar vulnerabilidades quanto ao exercício do cuidado materno no domicílio à criança nascida prematura, quais sejam: fragilidades nos momentos de interação; medo e insegurança por cuidar de uma criança frágil; falta de motivação institucional para exercer o papel maternal; insegurança nas práticas com relação à alimentação; percepção da possibilidade do adoecimento do filho e retorno ao hospital; diferenças do filho prematuro que podem comprometer sua condição de saúde; preocupações com o desenvolvimento no longo prazo; pensamento materno em não haver necessidade de estimular os filhos no domicílio; desatenção aos processos interativos no hospital; fragilidade no preparo para o cuidado em domicílio; ausência do planejamento da alta; e descontinuidade do seguimento do prematuro em serviços de atenção primária.

Na análise de tais situações vulneráveis para a criança prematura, observa-se, por meio de uma base dialógica com as mães participantes, a existência de circunstâncias da prematuridade que reafirmam as dimensões individuais, sociais e institucionais interligadas. Ainda, há que se destacar a dimensão institucional, tendo em vista a grande responsabilidade dos profissionais de saúde em não ampliar as vulnerabilidades individuais e sociais, e sim promover o cuidado e buscar reduzir as situações que geram ameaças, incertezas, preocupações e danos.

## FOMENTO

Itaipu Binacional e Fundação Araucária.

## REFERÊNCIAS

1. Custódio ZAO, Crepaldi MA, Linhares MBM. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. *Estud Psicol.* 2014;31(2):247-55. doi: 10.1590/0103-166X2014000200010
2. Aydon L, Hauck Y, Murdoch J, Siu D, Sharp M. Transition from hospital to home: parents' perception of their preparation and readiness for discharge with their preterm infant. *J Clin Nurs.* 2018;27(1-2):269-77. doi: 10.1111/jocn.13883
3. Boykova M. Transition from hospital to home in parents of preterm infants. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2016;30(4):327-48. doi: 10.1097/JPN.0000000000000211
4. Cossul MU, Silveira AO, Pontes TB, Martins G, Wernet M, Cabral CC. Parenting beliefs and practices regarding domiciliary care of premature infants. *Rev Min Enferm.* 2015;19(4):830-5. doi: 10.5935/1415-2762.20150064
5. Lemos RA, Veríssimo MLÓR. Development of premature children: caregivers' understanding according to the bioecological theory. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(6):899-907. doi: 10.1590/S0080-623420150000600004
6. Martini JÁ, Padovani FHP, Perosa GB. Quality of life of preterm children: risk and protective factors. *Paidéia.* 2016;26(65):325-32. doi: 10.1590/1982-43272665201610
7. Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed; 2002. 214p.
8. Ferguson A, Solo-Gabriele H. Children's exposure to environmental contaminants: an editorial reflection of articles in the IJERPH special issue entitled, "children's exposure to environmental contaminants". *Int J Environ Res Public Health.* 2016;13(11):1-10. doi: 10.3390/ijerph1311117
9. Gadamer H. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Ênio Paulo Giachini. 14. ed. Petrópolis: Vozes; 2014. 632p.
10. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Jr. I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Andrade LOM, Akerman M, Drumond Junior Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Editora Hucitec; 2006. p. 375-417.
11. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2009. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde). 282p.
12. Ayres JRCM, Paiva V, Buchalla CM. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM, organizadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Livro I: da doença à cidadania.* Curitiba: Editora Juruá; 2012. p. 9-22.
13. Hennink MM, Kaiser BN, Marconi VC. Code saturation versus meaning saturation: how many interviews are enough? *Qual Health Res.* 2017;27(4):591-608. doi: 10.1177/1049732316665344
14. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 29. ed. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 67-80.
15. Burnett AC, Cheong JLY, Doyle LW. Biological and social influences on the neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *Clin Perinatol.* 2018;45(3):485-500. doi: 10.1016/j.clp.2018.05.005
16. Bernardo G, Svelto M, Giordano M, Sordino D, Riccietelli M. Supporting parents in taking care of their infants admitted to a neonatal intensive care unit: a prospective cohort pilot study. *Ital J Pediatr.* 2017;43(1):1-11. doi: 10.1186/s13052-017-0352-1
17. Guerra M, Braga M, Quelhas I, Silva R. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Rev Port Enferm Saúde Mental [Internet].* 2014[cited 2019 Feb 13];(esp-1):117-24. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a19.pdf>
18. Rodrigues BC, Mazza VA, Higarashi IH. Social support network of nurses for the care of their own children. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(2):460-8. doi: 10.1590/0104-07072014001070013
19. Kurth E, Krähenbühl K, Eicher M, Rodmann S, Fölmli L, Conzelmann C. et al. Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(82):1-14. doi: 10.1186/s12913-016-1300-2
20. Veronez M, Borghesan NAB, Correa DAM, Higarashi IH. Experience of mothers of premature babies from birth to discharge: notes of field journals. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(2):e60911. doi: 10.1590/1983-1447.2017.02.60911
21. Souza SNDH, Mello DF, Ayres JRCM. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(6):1186-94. doi: 10.1590/S0102-311X2013000600015
22. Silva TR, Rossetto EG, Souza SNDH, Baeno JA. A incidência de reinternações entre prematuros de muito baixo peso e suas associações. *Rev Varia Scientia – Ciênc Saúde [Internet].* 2015 [cited 2019 Feb 08];1(2): 119-29. Available from: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/12912/9370>
23. Gomes IF, Oliveira JA, Lopes MR, Galdino MFG, Gesteira ECR, Braga PP. Family living in child care with complications of prematurity. *Ciênc Cuid Saúde.* 2016;15(4):630-8. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v15i4.29959
24. Weijer-Bergsma EV, Wijnroks L, Haastert ICV, Boom J, Jongmans MJ. Does the development of executive functioning in infants born preterm benefit from maternal directiveness? *Early Hum Dev.* 2016;103(1):155-60. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2016.09.012



25. Santos LF, Souza IA, Mutti CF, Santos NSS, Oliveira LMAC. Forces interfering in the mothering process in a neonatal intensive therapy unit. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):1-10. doi: 10.1590/0104-07072017001260016
  26. Santos LF, Oliveira LMAC, Munari DB, Barbosa MA, Peixoto MKAV, Nogueira ALG. When the communication is harmful in the encounter between health professional and family of hospitalized child. *Enferm Glob [Internet]*. 2015[cited 2019 Jan 14];14(37):216-26. Available from: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/en\\_docencia4.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/en_docencia4.pdf)
  27. Wernet M, Ayres JRCM, Viera CS, Leite AM, Mello DF. Mother recognition in the neonatal intensive care unit. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(2):228-34. doi: 10.1590/0034-7167.2015680207i
  28. Jefferies AL, Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Going home: facilitating discharge of the preterm infant. *Paediatr Child Health [Internet]*. 2014[cited 2019 Feb 03];19(1):31-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3938219/>
  29. Custodio N, Abreu FCP, Marski BSL, Mello DF, Wernet M. Discharge from the neonatal intensive care unit and care at home: an integrative literature review. *Rev Min Enferm*. 2013;17(4):984-91. doi: 10.5935/1415-2762.20130071
  30. Pinto TRC, Castro DS, Bringuente MEO, Sant'Anna HC, Souza TV, Primo CC. Educational animation about home care with premature newborn infants. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 4):1699-706. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0401
  31. Aires LCP, Santos EKA, Costa R, Borck M, Custódio ZAO. Baby follow-up in primary care: interface with the third stage of the kangaroo method. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp):224-32. doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.56805
  32. Mello F, Victora CG, Gonçalves H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do centro materno infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. *Ciênc Saude Colet*. 2015;20(7):2135-45. doi: 10.1590/1413-81232015207.09462014
-