



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

ELIANE CRISTINA VIEIRA ADEGAS

**MATERNAGEM NO MÉTODO CANGURU: NARRATIVA DE VIDA DAS
MULHERES COM FILHO PRÉ-TERMO NA TRANSIÇÃO PARA O
DOMICÍLIO**

**Rio de Janeiro
Dezembro 2016**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

ELIANE CRISTINA VIEIRA ADEGAS

**MATERNAGEM NO MÉTODO CANGURU: NARRATIVA DE VIDA DAS
MULHERES COM FILHO PRÉ-TERMO NA TRANSIÇÃO PARA O
DOMICÍLIO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa 2: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Inês Maria Meneses dos Santos

Rio de Janeiro

Dezembro 2016

A228 Adegas, Eliane Cristina Vieira.
Maternagem no método canguru : narrativa de vida das
mulheres com filho pré-termo na transição para o domicílio /
Eliane Cristina Vieira Adegas, 2016.
126 f. ; 30 cm

Orientadora: Inês Maria Meneses dos Santos .
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

1. Método Canguru. 2. Enfermagem Neonatal. 3. Prematuro.
4. Comportamento Materno. I. Santos, Inês Maria Meneses dos.
II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de
Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em
Enfermagem. III. Título.

CDD – 618.9201

**MATERNAGEM NO MÉTODO CANGURU: NARRATIVA DE VIDA DAS
MULHERES COM FILHO PRÉ-TERMO NA TRANSIÇÃO PARA O
DOMICÍLIO**

ELIANE CRISTINA VIEIRA ADEGAS

Dissertação submetida à Banca Examinadora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovada por:

Prof^ª Dr^ª Inês Maria Meneses dos Santos
Presidente – UNIRIO

Prof^ª Dr^ª Laura Johanson da Silva
1^ª Examinadora – UNIRIO

Prof^ª Dr^ª Florence Romijn Tocantins
2^ª Examinadora – UNIRIO

Prof^ª Dr^ª Eliza Cristina Macedo
Suplente – UNIRIO

Prof Dr Fernando da Rocha Porto
Suplente - UNIRIO

Rio de Janeiro, Dezembro 2016

AGRADECIMENTOS

- À Deus, por estar sempre presente em minha vida e por ter me sustentado durante toda essa jornada. Amo-te meu Deus MARAVILHOSO e VERDADEIRO!
- Ao meu esposo Mauro, meu grande amor, por sua paciência e apoio nos momentos de dificuldade e por me compreender e ajudar na realização de mais esse sonho!
- Aos meus filhos Marianne e Raphael, presentes de Deus em minha vida, por compreenderem a mamãe nos momentos em que não pude estar presente!
- À minha avó Maria (*in memoriam*) por ter cuidado de mim com tanto carinho e me deixar as maiores heranças: o amor e a fé em Deus!
- À toda minha família que sempre torceu pelo meu sucesso!
- À minha orientadora, professora Inês, pela paciência e carinho com os quais sempre me conduziu ao longo dessa trajetória!
- À professora Laura, pelas maravilhosas contribuições que enriqueceram sobremaneira este trabalho!
- À professora Florence, por ter ampliado meus horizontes para uma visão da assistência à mãe do bebê pré-termo no âmbito da saúde coletiva!
- À professora Eliza, por suas valiosas contribuições relacionadas ao estado da arte desde a pré-qualificação deste estudo e pela disponibilidade em esclarecer minhas dúvidas!
- Ao professor Fernando, pelas preciosas contribuições para a organização do texto deste estudo desde a pré-qualificação!
- À direção e professores da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, onde fui acolhida com tanto carinho!
- Aos membros do NUPEEMC, pelas trocas de saberes e experiências que foram imprescindíveis à construção deste estudo!
- Às mães de bebês prematuros, por terem compartilhado comigo suas emocionantes narrativas de vida!
- Às queridas amigas Maria Lúcia Rosa e Cláudia Gomes pelo apoio nos momentos de dificuldade!

***Dedico este estudo às mães dos bebês
Prematuros, mulheres guerreiras que muito
me ensinaram com seus exemplos de vida.***

Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine.

E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria.

E ainda que distribuísse toda a minha fortuna para sustento dos pobres, e ainda que entregasse o meu corpo para ser queimado, e não tivesse amor, nada disso me aproveitaria.

O amor é sofredor, é benigno; o amor não é invejoso; o amor não trata com leviandade, não se ensoberbece.

Não se porta com indecência, não busca os seus interesses, não se irrita, não suspeita mal;

Não folga com a injustiça, mas folga com a verdade;

Tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta.

O amor nunca falha; mas havendo profecias, serão aniquiladas; havendo línguas, cessarão; havendo ciência, desaparecerá;

Porque, em parte, conhecemos, e em parte profetizamos;

Mas, quando vier o que é perfeito, então o que o é em parte será aniquilado.

Quando eu era menino, falava como menino, sentia como menino, discorria como menino, mas, logo que cheguei a ser homem, acabei com as coisas de menino.

Porque agora vemos por espelho em enigma, mas então veremos face a face; agora conheço em parte, mas então conhecerei como também sou conhecido.

Agora, pois, permanecem a fé, a esperança e o amor, estes três, mas o maior destes é o amor.

(1 Coríntios, 13)

ADEGAS, Eliane Cristina Vieira. **Maternagem no método canguru: narrativa de vida das mulheres com filho pré-termo na transição para o domicílio**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2016.

RESUMO

Este estudo teve como objeto a experiência vivenciada da maternagem da mulher com filho pré-termo participante do Método Canguru após a alta hospitalar. O objetivo delineado foi: Analisar a experiência vivenciada da maternagem de mulheres com filho pré-termo participantes do Método Canguru após a alta hospitalar. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, que teve como referencial metódico a Narrativa de vida. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ, sendo aprovado através do parecer nº 1.299.582 de 28 de outubro de 2015. O cenário do estudo foi o ambulatório de seguimento de pediatria de uma maternidade pública federal localizada na cidade do Rio de Janeiro. As participantes foram quatorze mulheres que vivenciaram a experiência de ter um filho pré-termo e participaram do Método Canguru. As técnicas utilizadas para coleta de dados foram a consulta em prontuários através da utilização de um formulário a fim de traçar o perfil das participantes e a entrevista aberta. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e para tratamento dos dados foi utilizada a análise temática, técnica que compõe a Análise de Conteúdo, proposta por Bardin. Os dados foram codificados em 75 unidades temáticas, que submetidas ao processo de recodificação originaram 7 agrupamentos temáticos, dos quais emergiram 3 categorias de análise: a experiência de ter um filho pré-termo: um evento crítico; aprendendo a maternar no Método Canguru: adaptação para uma transição facilitada; a maternagem do filho pré-termo: desafios para aquisição da maestria para o cuidado em casa. À luz do referencial teórico utilizado, a Teoria das Transições, pôde-se inferir que as mulheres com filho pré-termo vivenciam, diante da prematuridade, múltiplas transições de natureza afetiva, emocional caracterizadas por um processo complexo, multifacetado e pouco delimitado, sendo o Método Canguru um facilitador no enfrentamento dessa realidade, com especial destaque para o cuidado proporcionado pela equipe de Enfermagem que funciona como referência de orientações e apoio mais presente e acessível. Destarte, é necessário que o Enfermeiro perceba que a transição para essas mulheres não deve ser delimitada pela

alta hospitalar sendo necessário considerar e planejar um cuidado que contemple vários níveis de intervenção, desde o nascimento, percorrendo todo o período de internação até o pós alta.

Descritores: Método Mãe Canguru, Prematuro, Comportamento materno, Enfermagem Neonatal.

ADEGAS, Eliane Cristina Vieira. **Mothering in the kangaroo mother care: live narrative of women with preterm infant in the transition to the home.** Dissertation (Master's in Nursing). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2016.

ABSTRACT

This study has as its object the lived experience of women mothering a preterm infant participating on the Kangaroo Mother Care after being discharged. The aim was to analyze the lived experience of women mothering a preterm infant participating on the Kangaroo Mother Care after being discharged. This is a descriptive study based on a qualitative approach that had as methodical reference the Live Narrative. The study was submitted to the Research Ethics Committee of the Maternity Hospital from the Universidade Federal do Rio de Janeiro, being approved under the number 1.299.582 from October 28th of 2015. The background of this study was a pediatric follow-up ambulatory of a Federal Maternity located in the city of Rio de Janeiro. The participants were fourteen women that lived the experience of having a preterm infant and participated on the Kangaroo Mother Care. The data collected were gathered through the medical records using a form to trace the profile of the participants, and through an opened interview. The interviews were recorded and transcribed in full, and to analyze the data it was used a thematic analysis, technique that is part of the Content Analysis proposed by Bardin. The data were coded in 75 thematic units which were submitted to a recoding method originating 7 thematic groups. From those groups 3 analysis categories emerged: the experience of having a preterm infant: a critical event; learning how to mother during the Kangaroo Mother Care: adaptation to a facilitated transition; mothering a preterm infant: challenges to master care at home. Based on the theoretical referential used, Theory of Transitions, it could be inferred that women with a preterm infant live, before prematurity, multiple affective and emotional transitions marked by a complex, multifaceted and poorly delimited process, making of the Kangaroo Mother Care a facilitator in facing that reality, with a special emphasis to the care given by the Nursing team which works as a reference when providing a more present and accessible support. Therefore, it is important for the nurse to realize that the transition for those

women should not be delimited by the hospital's discharge being required to consider and to plan a care that concentrate many levels of intervention, from birth, going through the entire hospitalization period until the post discharge.

Key words: Kangaroo Mother Care, Premature, Maternal behavior, Neonatal Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF – Base de Dados em Enfermagem

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IMIP – Instituto Materno Infantil de Pernambuco, atual Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MS – Ministério da Saúde

NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de alimentos para Lactentes

NuPEEMC – Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNHPN – Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SUS – Sistema Único de Saúde

UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Resultados da estratégia de busca no Estado da Arte	22
QUADRO 2: Artigos selecionados para o Estado da Arte	23
QUADRO 3: Artigos selecionados no Estado da Arte e classificados segundo nível de evidência e suas contribuições	29
QUADRO 4: Esquema de análise	56
QUADRO 5: Caracterização das Mulheres quanto aos dados sócio-demográficos	60
QUADRO 6: Caracterização das Mulheres quanto aos dados obstétricos	62
QUADRO 7: Caracterização dos recém-nascidos	64
QUADRO 8: Historiograma	66

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo explicativo da Teoria das Transições de Meleis: uma Teoria de Médio Alcance	45
FIGURA 2: Aplicação do Modelo Teórico de Meleis	97

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO	16
1.1 Problematização	16
1.2 Justificativa e Relevância	22
CAPÍTULO 2: BASES CONCEITUAIS	33
2.1 Histórico do Método Canguru	33
2.2 O Método Canguru no Contexto das Políticas Públicas de Saúde	34
2.3 A Mãe e o Seu Bebê nas Etapas do Método Canguru	37
2.4 A Maternagem diante da prematuridade	40
CAPÍTULO 3: REFERENCIAL TEÓRICO	43
3.1 Teoria das Transições de AFAF IBRAIM MELEIS	43
CAPÍTULO 4: METODOLOGIA	49
4.1 Método Narrativa de Vida	49
4.2 O Caminho Metodológico	51
4.2.1 Cenário do Estudo	51
4.2.2 Aspectos Éticos	51
4.2.3 Produção dos Dados	52
4.2.4 Análise dos Depoimentos	55
CAPÍTULO 5: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	60
5.1 Caracterização das participantes	60
5.2 Categorias de análise	69
5.2.1 A experiência de ter um filho pré-termo: um evento crítico	69
5.2.2 A experiência de aprendizagem no Método Canguru: adaptação para uma transição facilitada	76
5.2.3 A maternagem do filho pré-termo: desafios para aquisição da maestria para o cuidado em casa	84

CAPÍTULO 6: APLICAÇÃO DO MODELO DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS	96
6.1. Compreendendo o fenômeno da Maternagem da mulher com filho pré- termo, participante do Método Canguru na transição para o domicílio	96
CAPÍTULO 7: CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	112
APÊNDICE B – Formulário para Caracterização dos Participantes	114
APÊNDICE C – Questão Norteadora	115
APÊNDICE D – Recorrência das Unidades Temáticas nas Narrativas de Vida.....	116
ANEXOS	
ANEXO 1 – Termo de confidencialidade	124
ANEXO 2 – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	125

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1 Problematização

Trata-se de um estudo que advém de inquietações da minha prática profissional como enfermeira numa maternidade pública da cidade do Rio de Janeiro, atuando no Método Canguru. Tal método surgiu como proposta para melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso e é definido como um modelo de assistência perinatal voltado para melhoria de qualidade do cuidado, conforme Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Tal modelo assistencial, parte dos princípios da atenção humanizada e tem se destacado como o que mais se adéqua às necessidades dessa clientela (BRASIL, 2007).

No Brasil, o método é desenvolvido em três etapas, sendo as duas primeiras hospitalares e a última ambulatorial. A primeira etapa se inicia no pré-natal, quando uma gestante de risco é detectada e devidamente acompanhada e tem continuidade no ambiente da UTI Neonatal, onde os pais são acolhidos e procura-se estabelecer sempre o contato entre estes e o bebê (BRASIL, 2013).

A segunda etapa inicia-se com a estabilidade clínica do bebê, estando este com peso mínimo de 1250 g. Nesta etapa o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru deve ser incentivada e promovida pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um estágio pré-alta hospitalar (BRASIL, 2013).

A posição canguru consiste na manutenção do recém-nascido no tórax da mãe, em posição vertical, pele a pele, sustentado por uma faixa de algodão moldável, com o cuidado de manter a cabeça lateralizada, membros superiores flexionados, aduzidos com cotovelos próximos ao tronco e membros inferiores flexionados e aduzidos. Vale ressaltar que atualmente toda a família (pais, avós e irmãos, etc) pode ser encorajada a colocar o bebê na posição canguru. (BRASIL, 2013).

A terceira etapa consiste no acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2500 g, quando irá para o seguimento ambulatorial.

O nascimento elevado de bebês pré-termo e de baixo peso tem sido um problema de saúde pública a nível mundial. Segundo dados do Ministério da Saúde, nascem

anualmente 20 milhões de bebês pré-termo e de baixo peso no mundo e um terço deles morre antes de completar um ano de vida (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, é considerado pré-termo o bebê que nasce com menos de 37 semanas completas (menos de 259 dias) de idade gestacional e é considerado bebê de baixo peso aquele que ao nascer possui menos de 2500g (BRASIL, 2011).

Tais bebês, ao nascerem necessitam passar por um período de hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e o cuidado a eles dispensado vai ser primordial, tanto para sua sobrevivência, quanto para seu desenvolvimento futuro.

Durante muitos anos, o modelo assistencial que se consolidou nas UTIN foi o de excluir os pais e familiares dos recém-nascidos do processo de cuidar e enfatizar o uso de tecnologias avançadas como incubadoras, berços de calor radiante, equipamentos para assistência ventilatória, alimentação parenteral, antibióticos de última geração, entre outros (BORCK, SANTOS, 2010).

Porém, essa assistência visando apenas um cuidado centrado no biológico, sem levar em conta as questões psíquicas e sociais levou ao surgimento de outros problemas como aumento do tempo de internação, redução do índice de aleitamento materno, aumento das taxas de infecção e sequelas não só físicas como também psicológicas e sociais, como por exemplo, a diminuição do vínculo de mães e familiares com os seus bebês.

Segundo Tamez (2009) as experiências precoces com o ambiente vêm alterar as respostas neuroendócrinas ao estresse, a organização e a funções cerebrais. Nesse sentido, cuidar do prematuro aumenta muito a responsabilidade de todos os envolvidos nos cuidados, para que possa ser promovido um cérebro mais saudável.

Nesse contexto o cuidado a esses bebês tem como foco não apenas a sobrevivência, mas também seu desenvolvimento psíquico e social. Assim, no ambiente da UTIN torna-se imprescindível ir mais além, buscando considerar outras necessidades do bebê e não apenas aquelas no âmbito da visão biológica do processo saúde-doença. Dessa forma torna-se primordial a inserção da família neste processo.

De acordo com Silva *et al* (2013) atualmente a avaliação da qualidade do atendimento neonatal deixa de ter como ponto focal apenas a taxa de sobrevivência e passa a incorporar o interesse no impacto do ambiente físico da Unidade Neonatal sobre o bebê e sua família. Nesse mesmo ambiente, outras necessidades do bebê ganham

destaque, como a inserção de sua família nos cuidados, a realização de cuidados voltados para o desenvolvimento e a busca pela qualidade de vida.

Surge então a filosofia do cuidado centrado na família com o objetivo de trazê-la para junto do bebê, aceitando-se a ideia de que o bebê não é um ser que existe só. Ele possui uma família e para que se desenvolva adequadamente é imprescindível a participação dos pais neste processo.

De acordo com Moreira, Braga e Morsh (2006) é importante ressaltar que na assistência aos pais de um recém nascido prematuro e/ou malformado, que se encontra em uma Unidade de Tratamento Intensivo, não se deve tratar esse bebê como se fosse um robô, a mercê de conhecimentos técnicos. Não se pode perder de vista a noção de que ele é um ser frágil por questões fisiológicas, ponderais e anatômicas, que a pouco saiu do organismo de uma mulher e do contexto de uma família, ou seja, temos que considerar sua assistência do ponto de vista biopsicosocial. A equipe de saúde deve então buscar respostas para que possa auxiliar adequadamente essa família que também é prematura e está inserida neste contexto.

Sales, Alves, Vrecchi e Fernandes (2006) ressaltam que a equipe cuidadora deve respaldar as ações no cuidar de crianças, valorizando a família como um cliente em potencial considerando-a como participante ativo no processo de cuidar de seu filho, mas que muitas vezes necessita ser cuidada para que possa contribuir na recuperação do mesmo.

Gaiva e Scochi (2005) referem que a internação do prematuro na UTIN é uma situação de crise para toda família, principalmente para a mãe. Esse é um ambiente estranho e assustador, em que, o fato do bebê real ser diferente do imaginado, e o sentimento de culpa pelos problemas do filho atuam como fatores inibidores do contato espontâneo entre pais e bebês. Neste sentido, o acolhimento à família desempenha papel fundamental para que as experiências emocionais que venham a ocorrer neste período sejam melhores aceitas e o sofrimento dos pais minimizado.

Neste ambiente estressante e desconhecido, torna-se muito difícil a maternagem, que é o cuidado próprio da mãe, imprescindível ao desenvolvimento físico e psicológico do bebê. Segundo Santos (2010), a maternagem é definida como os cuidados que a mãe (ou sua substituta) tem para criar o seu filho (ou uma criança). Esses cuidados são condutas ou atitudes de interação que, mesmo quando não têm um objetivo físico não deixam de provocar vivências na criança as quais dão base para o seu desenvolvimento cognitivo e especialmente emocional.

Cada vez mais os estudos têm apontado para a necessidade de uma assistência humanizada e para o cuidado centrado na família para o bebê prematuro e baixo peso e nesse sentido, o Método Canguru tem se destacado como um cuidado de excelência.

Cabral e Rodrigues (2006) referem que o Método Canguru se apresenta como uma abordagem de intervenção complementar à tecnologia neonatal, para promover o contato direto do bebê com a mãe, desde o momento em que ambos apresentam condições clínicas para desenvolvê-lo. A implementação do método traz benefícios institucionais, maternos e para a saúde neonatal, pois todo o processo implica humanização do atendimento, promoção de segurança física, biológica e emocional da mãe e do prematuro.

Desde sua concepção como metodologia assistencial, o Método Canguru recomenda trabalhar a alta hospitalar como um processo, que deve ter seu início desde o momento em que o bebê é admitido na UTI Neonatal. Isso ocorre principalmente com a inserção da mãe nos cuidados e através das orientações e acompanhamento da equipe multiprofissional que os assiste e tem o objetivo de preparar a família, especialmente a mãe para o cuidado do filho em casa (MARTINEZ, 2009; BRASIL, 2013).

Em uma prática de cuidado hospitalar que não conta com o Método Canguru, em termos gerais, o que se observa é uma alta pouco planejada que não envolve a participação ativa da família e que antecede poucos dias da saída do hospital. Essa atuação centrada no profissional/instituição pode gerar nos familiares, principalmente na mãe medo e ansiedade e interferir nos cuidados maternos no pós alta, onde espera-se que ela seja capaz de cuidar com segurança.(SIQUEIRA, DIAS, 2011).

Em linhas gerais, a alta do bebê pré-termo da Unidade Neonatal é centrada em critérios biológicos, especialmente ganho de peso e estabilidade clínica, sendo pouco valorizados aspectos como preparo e segurança materna, rede de apoio, envolvimento familiar e compreensão da família em relação ao plano de alta. Vale ressaltar que estes aspectos estão contemplados nos critérios de alta hospitalar delimitados no Método Canguru, o que reforça sua excelência como modelo assistencial perinatal. Em relação ao plano de alta, este deve ser construído mediante ações educativas, envolvendo os pais no cuidado com previsão de possíveis problemas que podem ocorrer no domicílio e estratégias para solucioná-los (FROTA *et al*, 2013).

Após a alta hospitalar, já no domicílio, os profissionais que atendem o bebê, seja na atenção primária ou em outros níveis, esperam da mãe conhecimentos e habilidades que se concretizem em um cuidado materno eficiente, tanto no que diz respeito ao

manuseio (banho, troca de fraldas, administração de medicamentos, etc) quanto ao reconhecimento de sinais de alerta (apnéia, palidez, hipotermia, hipoatividade, baixa ingestão, etc). No entanto, devido ao trabalho assistemático na fase hospitalar no que diz respeito ao preparo materno para a alta, essas mães geralmente apresentam estresse e medo relacionados ao seu desempenho no cuidado ao filho em casa, sendo muitas habilidades e conhecimentos adquiridos neste espaço de forma abrupta e sem apoio profissional.

Obviamente é de se esperar que haja algum grau de ansiedade ou medo da mãe nos cuidados ao filho pré-termo em casa devido à própria fragilidade biológica relacionada à prematuridade e a suscetibilidade a intercorrências e reinternações. Entretanto, os estudos apontam que há significativa redução desse estresse emocional quando há um trabalho sistemático e planejado de orientações e empoderamento da família, especialmente da mãe, ainda na fase hospitalar (COUTO, PRAÇA, 2009; ANJOS et al,2012).

Vale ressaltar que as afecções perinatais (hipóxia/anóxia neonatal, prematuridade, infecções neonatais, etc) estão diretamente relacionadas ao surgimento de necessidade especial de saúde, o que por sua vez configura os pré-termos como um grupo de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES). Eles demandam cuidados especiais de natureza contínua e complexa no domicílio e desse modo, seus familiares/cuidadores devem ser alvo de estratégias de intervenção baseadas em ações educativas (NEVES, CABRAL, 2009).

Destaca-se que o investimento no empoderamento da família para o cuidado do bebê pré-termo no domicílio configura-se como uma importante estratégia de redução da morbi-mortalidade nesse grupo.

Todo esse contexto discutido até o momento, da hospitalização ao domicílio, tem interferência direta na construção da maternagem da mãe do bebê prematuro, que é personagem central no enfrentamento desses desafios. Na minha prática profissional durante os cuidados e as orientações, observo nas mães de bebês pré-termo dificuldades para exercer a maternagem não só durante a hospitalização do filho, mas principalmente, na fase pós-alta, quando sua capacidade de cuidar do bebê com autonomia e segurança é avaliada.

Noto também frequentemente nessas mães um sentimento de auto-cobrança que as leva a um desgaste físico e emocional preocupante. Tal situação me impulsionou a buscar respostas científicas que possibilitem a Enfermagem uma maior compreensão da

vivência de mães que participaram do Método Canguru no que diz respeito ao período pós-alta.

Neste contexto, o presente estudo tem como questões norteadoras:

- Como foi a experiência vivenciada da maternagem da mulher com filho pré-termo participante do Método Canguru após a alta hospitalar?
- Como a participação no Método Canguru influenciou na maternagem de mulheres com filho pré-termo após a alta hospitalar?

Elegi o seguinte objeto de estudo: "a experiência vivenciada¹ da maternagem da mulher com filho pré-termo participante do Método Canguru após a alta hospitalar"

A pesquisa tem como objetivo:

- Analisar a experiência vivenciada da maternagem de mulheres com filho pré-termo participantes do Método Canguru após a alta hospitalar.

¹A expressão “experiência vivenciada” adotada neste estudo é utilizada por Daniel Bertaux (2010), referencial metódico da pesquisa.

1.2 Justificativa e Relevância

Para fins de delimitação do objeto de investigação e embasamento temático, foi realizado um estado da arte na literatura especializada disponível no Portal de Periódicos CAPES. A questão que norteou a busca dos artigos foi: O que tem sido publicado acerca da alta hospitalar e do pós- alta do prematuro participante do Método Canguru?

Para análise dos artigos selecionados, foi utilizado um formulário a fim de que fossem obtidos os seguintes dados: título, periódico, país, ano, autor, amostra/participantes, objetivos, metodologia, resultados, principais, conclusões, nível de evidência e contribuições para a Enfermagem.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: estar disponível na íntegra, ter sido revisado por pares e publicado nos últimos dez anos além de estar de acordo com a temática em foco. Optou-se também por artigos brasileiros e colombianos, os primeiros para que seja traçado um panorama do que se tem escrito dentro da realidade do modelo do Método Canguru no Brasil e o segundo por ser o país onde o Método foi idealizado. Os artigos duplicados foram excluídos.

A busca dos artigos foi realizada com a utilização das seguintes palavras-chaves ou descritores: Método Canguru and alta hospitalar, maternagem and Método Canguru, prematuro and alta hospitalar, prematuro and domicílio or casa.

Os resultados da seleção estão descritos o quadro abaixo:

Quadro 1 - Resultados da estratégia de busca no Estado da Arte

Palavras-chaves ou Descritores	Resultados	Artigos selecionados
Método Canguru and alta hospitalar	7	1
Maternagem and Método Canguru	-	-
Prematuro and alta hospitalar	45	3
Prematuro and casa or domicílio	18	6

Fonte: Próprio autor.

Os resultados do levantamento foram dez artigos, de acesso livre, publicados em periódicos nacionais e internacionais, indexados no portal pesquisado de 2006 a 2014, descritos no quadros 2 a seguir:

Quadro 2 - Artigos selecionados para o Estado da Arte.

Código do artigo	Título Periódico/País / Ano	Autores	Amostra	Objetivos	Método	Resultados
A1	Retrieving the offspring and caring for it during the first night at home Invest Educ Enferm/ Colômbia/ 2013.	ESPITIA, E.C e GONZÁLEZ, M.P.O.	10 mães	Descrever as vivências das mães com respeito ao cuidado de seu filho prematuro no primeiro dia após a alta	Fenomenologia interpretativa baseada na filosofia de Martín Heidegger	A alta do bebê foi interpretada pelas mães como um evento que lhes permite recuperar o filho que não era seu senão do pessoal do hospital. A experiência de cuidar-lhe a primeira noite em casa foi vivida com incerteza, angústia e total dedicação. Depois da hospitalização do filho, as mães duvidam de sua capacidade de cuidá-lo.
A2	Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro Acta Paul Enferm/	RABELO, M.Z.S. et al	11 mães	Investigar os sentimentos e expectativas das mães de recém-nascidos prematuros no momento da alta hospitalar.	Estudo qualitativo, realizado através de formulário.	O momento da alta hospitalar é vivido pelas mães com choro por felicidade, alívio e também medo. Manuseios como banho, troca de fraldas, amamentação e pegar são de complexidade e envoltos em dúvidas. O preparo para a alta consiste em orientações sobre os cuidados com higiene, as orientações alimentares com ênfase na amamentação,

	Brasil/ 2007					administração dos medicamentos e o retorno para o ambulatório de seguimento. As mães retratam o pensamento reforçando a necessidade de receberem orientações no momento da alta hospitalar do filho.
A3	Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta Rev Bras Enferm/ Brasil/ 2012	ANJOS, L.S. et al	18 mães (8 mães com filhos na UTIN e 10 mães de egressos em follow-up)	Conhecer percepções maternas sobre o nascimento do filho prematuro e os cuidados após a alta.	Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado através de entrevista semi-estruturada	Os resultados revelaram sentimentos de tristeza, angústia, culpa e impotência das mães diante da hospitalização do filho na UTIN. Registrou-se, ainda, confiança na equipe de saúde. No que se refere à alta hospitalar, as mães destacaram insegurança nos cuidados com o filho em casa, a importância da rede de apoio social e a força obtida da espiritualidade no enfrentamento das dificuldades.
A4	Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home	RAFFRAY, M. et al.	15 profissionais de saúde neonatal	Explorar as percepções do pessoal de saúde neonatal sobre as barreiras e facilitadores para as famílias com bebês prematuros que se	Estudo descritivo, qualitativo, realizado através de entrevista semi-estruturadas	As barreiras para a preparação dos pais para a saída da criança incluem os obstáculos aos pais para a visita na UCIN, as barreiras de comunicação, as dificuldades relacionadas com o estabelecimento da lactância materna exitosa, os recursos insuficientes de pessoal de saúde e

	from the neonatal unit. Perceptions of health care providers Invest Educ Enferm/ Colômbia/ 2014			preparam para a alta da Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal		escassos vínculos entre o hospital e a comunidade. Os facilitadores foram a disponibilidade de ajudas sociais para as famílias vulneráveis, o acesso telefônico de 24 horas às unidades neonatais, os materiais educativos adaptados, a educação contínua para o pessoal de saúde, e a disponibilidade para os pais do Programa Canguru de base comunitária depois da alta.
A5	O Método Mãe Canguru em uma Maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: Necessidades da criança e demanda de educação em saúde para os pais Texto Contexto Enferm/ Brasil/	CABRAL, I.E, RODRIGUE S, E.C.	116 neonatos	Caracterizar os neonatos participantes do MMC e analisar suas necessidades de cuidados especiais de saúde e a demanda dos pais para a educação em saúde.	Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa realizado através de levantamento de dados em prontuários	A amamentação exclusiva atingiu 51,7% na primeira etapa, 93% na segunda e 15,1% na terceira (ambulatório). Das crianças que se encontravam na terceira etapa observou-se um elevado índice de abandono da amamentação exclusiva, uma queda no consumo de leite materno e um aumento no consumo de fórmulas e outros alimentos. O estudo destacou que 84,9% apresentaram necessidades de cuidados especiais (de desenvolvimento, tecnológico e medicamentoso), os quais apontaram, na terceira etapa, para uma

	2006					demanda de educação familiar sobre aleitamento materno e cuidados relativos às necessidades da criança.
A6	Cuidando um hijo prematuro em casa: del temor y la duda a la confianza Texto Contexto Enferm/ Brasil/ 2014	GONZÁLEZ, M.P.O., ESPITIA, E.C.	10 mães	Descrever a vivência do cuidado do filho no lar para mães que tenham sido submetidas a estressores tais como a separação de seu filho e a participação limitada em seu cuidado durante a hospitalização na UTIN.	Fenomenologia interpretativa baseada na filosofia de Martín Heidegger	A separação da díade durante a hospitalização impõe limitações que impedem que a mulher assuma com tranquilidade e alegria o novo papel. A insegurança e o temor fizeram parte dos primeiros dias em casa e depois de várias semanas as mães se sentiram capazes e confiantes no cuidado ao filho.
A7	Perception of premature infants' mothers on home visits before and after hospital discharge Invest Educ	SANTOS, L.C. et al	21 mães	Compreender o significado que tem para as mães de bebês prematuros as visitas domiciliares realizadas por enfermeiras neonatais.	Estudo qualitativo realizado através de entrevistas semi-estruturadas.	A visita domiciliar foi considerada como um apoio às famílias no lar, minimizando sentimentos de desamparo, solidão e insegurança das mães. A visita no lar antes da alta possibilitou a individualização do atendimento domiciliário, possibilitando a organização do ambiente para receber o bebê. As mães sentiram-se cuidadas e apoiadas para

	Enferm/ Colômbia/ 2014					cuidar do filho.
A8	Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio Rev Bras Enferm/ Brasil/ 2008	SIMIONI, A.S., GEIB, L.T.C.	12 mães	Conhecer a percepção das mães de crianças nascidas prematuras acerca do apoio social recebido no domicílio para o cuidado das mesmas	Estudo qualitativo realizado através de entrevistas, genograma e ecomapa.	As avós são as fontes de apoio mais significativas e foram consideradas como construtoras e mantenedoras do ninho social. As mães também sentiram necessidade de apoio afetivo e emocional. Destacaram a importância do apoio de informação e da inclusão social provida pelos amigos. O apoio social não suprido centrou-se no cuidado à criança e nas atividades domésticas.
A9	Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar Rev. Eletr. Enf/ Brasil/ 2012	MORAIS, A.C., QUIRINO, M.D., CAMARGO, C.L.	7 mães	Identificar o suporte social que as mães de prematuros tiveram para cuidar dos filhos no domicílio e nos serviços de saúde que abrange a terceira etapa do Método Mãe Canguru, e descrever os desafios	Estudo qualitativo realizado por meio da Observação Direta Descritiva e Entrevista Semiestruturada	Os resultados mostraram que eram as mães que cuidavam dos filhos porque se sentiam seguras, e o apoio social suprido centrou-se nas realizações das atividades domésticas pelos familiares. A experiência no Método Canguru possibilitou as mães se sentirem mais seguras para cuidar do filho em casa mediante aprendizagem e orientações. Os resultados apontaram falhas na implementação da terceira

				enfrentados para o seguimento deles em nível ambulatorial.		etapa. As instituições de saúde deram suporte social incipiente, pois não atenderam às necessidades das crianças na realização dos exames específicos e avaliação periódica recomendada para prematuros.
A10	Domestic maternal experience with preterm newborn children Rev. salud pública/ Brasil/ 2010	SOUZA, N. L. et al.	24 mães	Explorar as vivências maternas no cuidar de um recém-nascido prematuro em casa e analisar as dificuldades na assistência materno-infantil, após a alta hospitalar dos prematuros	Estudo qualitativo realizado através de grupo focal.	As maiores dificuldades apresentados pelas mães no cuidado com o filho prematuro em casa dizem respeito à alimentação e resultaram das falhas da equipe de saúde no preparo dessas famílias para os cuidados domiciliares com o prematuro. Surgiram ainda sentimentos de insegurança e medo, revelando a necessidade de uma rede de apoio com seguimento ambulatorial e de pronto atendimento para oferecer suporte às famílias de bebês prematuros após a alta.

Fonte: Próprio autor.

Os artigos selecionados foram classificados segundo a evidência dos estudos, no qual o nível I caracteriza evidência obtida a partir de revisão sistemática ou metanálise. O nível II se constitui evidência obtida a partir de ensaio clínico controlado randomizado. O nível III é a evidência obtida de estudo controlado sem randomização. O nível IV refere-se à evidência obtida a partir de estudo caso controle ou estudo de coorte. O nível V é a evidência proveniente de uma revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos. O nível VI é a evidência de um único estudo descritivo ou qualitativo e por fim, o nível VII provem de opinião de autoridades e/ou relatórios de comissões de especialistas e peritos (STILLWELL, et al 2010).

Neste estado da arte, os estudos selecionados se encaixam no nível VI de evidência denotando que é necessário investimento em mais pesquisas na temática, como é possível observar no quadro 3.

Quadro 3 - Artigos selecionados no Estado da Arte e classificados segundo nível de evidência e suas contribuições

Código do artigo	Nível de evidência	Contribuições para a Enfermagem
A1	VI	É necessário implementar estratégias que permitam às mães conhecer a seus filhos e participar no cuidado durante a hospitalização com o fim de desenvolver confiança em sua capacidade para cuidar-lhe no lar
A2	VI	O estudo sugere que a enfermeira utilize vários meios informativos através da comunicação verbal e não verbal, como a demonstração de alguns procedimentos que, porventura devam ser realizados pelos familiares no lar. Associado a isso, sugere que se crie folders informativos, manuais utilizando comunicação pictórica e linguagem simples, com desenhos de mães executando a higiene corporal, estimulação visual e motora, técnicas de alimentação, dentre outros
A3	VI	Profissionais que trabalham com prematuros devem dedicar maior atenção às suas famílias, compreendendo experiências críticas e acolhendo de forma humanizada. Devem também compreender o papel da religião e da espiritualidade da família no processo de cuidar.
A4	VI	Destacam a importância de melhorar o contato entre pais e bebês em ambientes neonatais, aumentar o envolvimento dos pais no cuidado infantil e facilitar a aquisição de confiança e habilidades parentais antes

		da alta hospitalar. O estudo mostrou desafios específicos para a preparação de alta relacionada com populações de pacientes vulneráveis (por exemplo, mães adolescentes, famílias indígenas, pais sem educação ou aqueles que vivem na pobreza). O estudo ainda aponta para a importância de uma abordagem de equipe unificada para a preparação da alta; Ensino individualizado adaptado às necessidades educativas específicas dos pais; O uso de ferramentas sistemáticas para orientar e avaliar a preparação parental da alta hospitalar; e melhores ligações entre serviços hospitalares e comunitários para famílias com prematuros.
A5	VI	O estudo indicou a emergência de um novo grupo social com necessidades de cuidados especiais de saúde, os prematuros e bebês de baixo peso. Destaca também limitações no modelo assistencial para apoiar a manutenção da amamentação no período pós-alta.
A6	VI	O estudo destaca os prejuízos para a segurança materna advindos da separação da díade mãe-bebê na etapa neonatal e portanto ressalta a necessidade de empoderar o pessoal de enfermagem das unidades neonatais para que implementem estratégias de contato precoce e contínuo mãe-filho, que possam apoiar essas mulheres no processo de converterem-se em mães, facilitando a segurança no cuidado após a alta.
A7	VI	O estudo destaca a visita domiciliar desde a perspectiva do atendimento longitudinal como um recurso poderoso que favorece o vínculo entre as famílias e as enfermeiras, diminuindo as dúvidas, medos e ansiedades da mãe. Além disso, através da visita é possível fomentar a aderência aos cuidados e tratamentos.
A8	VI	O estudo evidenciou que a percepção das mães revela um apoio predominantemente intra-familiar, cuja expansão permitiria configurar uma rede social mais efetiva para fortalecimento do cuidado materno. A participação ainda incipiente das instituições e profissionais de saúde, particularmente da enfermagem, precisa ser fortalecida para agregar o cuidado formal e informal em redes de apoio social inseridas numa proposta de ajuda mútua, direcionadas, especialmente, a potencializar o sentimento de competência maternal imprescindível para o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança nascida prematuramente.
A9	VI	O estudo destaca que o suporte social às mães necessita ser expandido às instituições de saúde para configurar a rede de apoio, assegurando atendimento ao filho prematuro abrangendo realização de exames específicos, avaliações periódicas e tratamento dos problemas

		diagnosticados. Assim, urge a reestruturação de políticas públicas que dêem aparato aos prematuros, que possibilitem uma assistência pré-natal que atenda a integralidade da mãe e do feto, suporte adequado no período neonatal e seguimento até a idade escolar.
A10	VI	No cuidado materno com o filho prematuro no domicílio predominaram sentimentos negativos que impuseram mudanças no cotidiano familiar, no trabalho e na própria vida social, revelando a necessidade de apoio aos pais na transição da vida hospitalar para domiciliar em situação de prematuridade.

Fonte: Próprio autor.

Através da análise dos artigos selecionados neste estado da arte pôde-se observar que o pós-alta de bebês pré-termo, especialmente daqueles participantes do Método Canguru, é pouco estudado e as questões referentes à maternagem neste período são pouco conhecidas. Trabalhos sobre esta fase do cuidado se fazem necessários para que se construa uma assistência cuja visão vá além do modelo hospitalocêntrico, pois a maioria dos estudos ainda tem como foco principal o modelo hospitalar.

Como se trata de um período onde o bebê já está aos cuidados de sua mãe e familiares no domicílio, se torna imprescindível que os profissionais responsáveis pelo acompanhamento, seja na terceira etapa ou no ambulatório de seguimento, estejam atentos às situações de risco não somente no que tange ao aspecto físico, como também ao social e familiar.

Logo, a atenção nesta fase deve incluir observação cuidadosa e global do bebê e da adaptação de sua família a nova situação, a fim de que as intervenções e orientações possam ser individualizadas, adequadas e eficazes (BRASIL, 2013).

Neste contexto, é fundamental o conhecimento por parte do profissional que assiste a esta clientela de como se dá o processo de maternagem na fase pós-alta e quais as influências determinantes sobre este fenômeno. A vivência das mães nesse processo de cuidar do filho pode ser fonte de conhecimentos que subsidiem mudanças e aprimoramento da assistência. Este estudo poderá proporcionar ao leitor interessado na temática, informações que poderão servir de base para melhor acolhimento das famílias, facilitando o processo de preparo para a alta e o cuidado no domicílio.

Neste sentido, a presente pesquisa visa contribuir com o avanço do conhecimento na temática da maternagem no pós-alta de bebês pré-termo participantes do Método Canguru. Destarte, este estudo representa uma proposta de buscar nos

relatos maternos as evidências necessárias para uma melhor compreensão do fenômeno maternagem no período pós-alta dessa clientela, a fim de que dificuldades e ansiedades sejam trabalhadas e minimizadas em todas as etapas do Método Canguru, visto que a alta é um processo que já deve ser planejado durante a internação.

Espera-se que esta pesquisa tenha especial contribuição para reflexões acerca do cuidado de Enfermagem desenvolvido na terceira etapa do Método Canguru junto às mães, por se tratar de uma fase em que as dificuldades e ansiedades no cuidado com o filho no domicílio costumam ser vivenciadas.

Como a revisão da portaria que normatiza o Método Canguru em 2007 elege o Enfermeiro como um dos profissionais responsáveis pela consulta de terceira etapa, este estudo também poderá contribuir com a categoria, pois oferecerá subsídios para nortear as intervenções durante as consultas de Enfermagem.

A instituição cenário do presente estudo já possui implementado o Método Canguru com a realização das consultas de terceira etapa por Enfermeiros e também possui ambulatório de seguimento. Assim, esta pesquisa também irá contribuir para o aprimoramento da assistência prestada na referida unidade, através da disseminação de seus resultados no cenário em eventos, treinamentos e sensibilizações profissionais.

No que se refere à construção de conhecimento, este estudo visa contribuir para estudantes de graduação e pós-graduação e profissionais consumidores de pesquisa como uma produção que congrega atualização científica de enfermagem neonatal e uma perspectiva reflexiva acerca da demanda de necessidades de cuidado da mãe do bebê pré-termo para além dos muros do hospital.

O presente estudo está inserido na Linha de Pesquisa: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem, do Mestrado em Enfermagem e; no Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança (NuPEEMC) do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI), da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

CAPÍTULO 2

BASES CONCEITUAIS

2.1 Histórico do Método Canguru

O Método Canguru surgiu na Colômbia no ano de 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, sendo realizado pelos pediatras Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez, como proposta de melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo naquele país. Os objetivos foram promover, através do contato pele a pele precoce entre a mãe e seu bebê, maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e o melhor desenvolvimento e reduzir os custos da assistência perinatal. No modelo colombiano, a alta hospitalar precoce e o acompanhamento ambulatorial se tornaram importantes características no atendimento dessas crianças, que no domicílio deveriam continuar sendo mantidos em contato pele a pele, com a mãe, na posição canguru (BRASIL, 2013).

Por ser uma nova tecnologia, o Método Canguru ganhou adeptos e opositores. Entre os adeptos estavam aqueles que queriam contrapor com a nova proposta o chamado tecnicismo, desenvolvido para o cuidado do recém-nascido pré-termo, substituindo-o pelo que chamavam “humano e familiar”. Porém esta postura radical fez com que a prática canguru fosse rotulada durante muito tempo como uma alternativa encontrada pelos países de terceiro mundo para baratear o custeio do cuidado neonatal. Por outro lado, aos opositores do método era preciso a sensibilidade para reconhecer que a precoce aproximação entre a mãe e seu recém-nascido estimularia e fortaleceria o laço psicoafetivo, que na época não era tão valorizado, embora já fosse enfatizado desde a metade de 1900 pela escola francesa de Tarnier e Budin.

No Brasil, em 1997, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco, hoje Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) participou de um concurso de projetos sociais realizado pela Fundação Ford e Fundação Getúlio Vargas, com apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Apresentou o projeto “Enfermaria Mãe Canguru” e ficou entre os finalistas. Anteriormente ao IMIP esta prática já estava sendo adotada desde 1991 no Hospital Guilherme Álvaro em Santos (São Paulo).

Em janeiro de 1999, ocorreu o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru no IMIP com a participação dos representantes dos hospitais que já realizavam a metodologia e

componentes da Área Técnica da Saúde da Criança, do Ministério da Saúde. Em junho de 1999, essa mesma repartição da então Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde estabeleceu um grupo de trabalho composto por representantes de várias entidades de atuação importantes na área de saúde da mulher e da criança e, com base nas suas observações e avaliações, elaborou um documento que serviria de base para a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru.

No dia 8 de dezembro de 1999, a Norma de Atenção Humanizada foi lançada e apresentada pelo então Ministério da Saúde à comunidade científica brasileira, propondo a prática canguru como uma tecnologia de cuidado que associa todas as correntes mais modernas da atenção ao recém-nascido. Esse tipo de cuidado inclui os requisitos da atenção biológica, dos cuidados técnicos especializados, com igual ênfase à atenção psicoafetiva, à mãe, à criança e à família (BRASIL, 2013).

Em 03 de março de 2000, a Portaria SAS/MS nº 72 regulamentou o Método Canguru como um procedimento do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, bem como ressaltou o caráter multiprofissional da equipe de saúde responsável por esse atendimento. Em 5 de julho de 2000 foi publicada a Portaria SAS/MS nº 693 aprovando a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, que posteriormente, em 12 de julho de 2007, foi atualizada com a publicação da Portaria SAS/MS nº 1683 (BRASIL, 2007).

2.2 O Método Canguru no Contexto das Políticas Públicas de Saúde

Os anos 1990 têm como marco a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069), o recém-nascido passou a ser considerado sujeito do cuidado, integrando as preocupações no âmbito das políticas públicas de saúde. Antes disso o recém-nascido não era considerado destaque no cuidado, ficando sempre subsumido nas políticas de saúde integral à mulher-mãe e seus direitos só eram garantidos no contexto das ações de proteção à saúde materna (COSTA *et al.*, 2010; REIS *et al.*, 2008).

Outras políticas que se destacaram nesta mesma década foram a NBCAL (Norma Brasileira de Comercialização de alimentos para Lactentes) e a IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) que buscavam a melhoria na assistência perinatal, refletindo, então, no cuidado ao recém-nascido.

No ano 2000 foi aprovada pela ONU (Organização das Nações Unidas), a Declaração do Milênio que definiu metas a serem alcançadas até 2015, sendo estas consideradas pelas nações participantes desse acordo prioridades globais de desenvolvimento. Este documento, assinado por 191 chefes de estado teve como objetivo estabelecer ações de combate a pobreza e a fome, assim como promover políticas que favorecessem a saúde, educação, saneamento, meio ambiente, habitação, igualdade de gênero. Nesta declaração, através dos objetivos 4 e 5, o Brasil pactuou redução da mortalidade infantil e melhoria da saúde materna (BRASIL, 2007a).

A partir de então, para o alcance dessa meta, o Brasil iniciou várias estratégias no contexto do SUS. Dentre estas pode-se destacar: o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança, Redução da Mortalidade Infantil, Programa Nacional de Imunização, Programa Nacional de Triagem Neonatal, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Rede Amamenta Brasil, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, dentre outras (SILVA, 2013).

Visando a organização de uma assistência com base na Humanização, surgem, na virada do século, o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) através da Portaria nº. 569 de 1/6/2000 e a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso- Método Canguru através da Portaria nº 693 de 5/7/2000 (BRASIL, 2000).

Em 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com o objetivo de qualificar a atenção na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e Neonatal no Brasil, tendo como meta a redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal para atingir os índices aceitáveis pela OMS (Organização Mundial de Saúde), a médio e longo prazo (SILVA, 2013).

Em 2005 foi lançada, através da portaria nº. 1067, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal cujo objetivo principal era efetivar ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. Dentre diversas diretrizes, destaca-se nesta portaria (artigo 2º, inciso V) que todo recém-nascido tem direito a assistência neonatal humanizada e segura. Dentre os compromissos e responsabilidades assumidos entre as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministério da Saúde, esta portaria estabelece a implantação de projetos especiais nesta área, destacando-se dentre eles o Método Canguru (BRASIL,2005).

Em fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde instituiu as diretrizes do Pacto pela saúde em suas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de Gestão (Portaria/GM nº 399). No que diz respeito ao pacto pela vida uma das prioridades pactuadas foi a redução da mortalidade infantil e materna.

No decorrer de 2007, o Ministério da Saúde, seguindo as diretrizes do pacto pela vida, construiu o plano denominado Mais Saúde – Direito de todos. Neste plano, dentre outras prioridades, foi estabelecida a priorização dos objetivos e metas do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela vida, no qual se encontra inserida a redução da mortalidade infantil. Neste mesmo ano, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Canguru foi atualizada através da Portaria nº 1.683 de 12 de julho. Esta portaria revoga a de nº 693 de 2000 e retifica as informações necessárias à aplicação das três etapas com revisão dos critérios, explicitando as vantagens do método e sua população alvo, além de definir as atribuições da equipe de saúde multiprofissional. Também normatiza recursos materiais, físicos e humanos e define critérios de avaliação (SILVA, 2013).

Como destaque nesta portaria pode-se ressaltar a modificação da definição do Método Canguru de um tipo de assistência neonatal implicando contato pele a pele precoce entre mãe e recém-nascido de baixo peso para um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social e também a regulamentação da inserção do Enfermeiro como um profissional indicado para realizar o seguimento ambulatorial do bebê e sua família na terceira etapa do método. Antes essa atribuição era apenas delegada ao profissional médico (BRASIL, 2007).

Em 2011, através da Portaria nº 1.459 foi criada a Rede Cegonha no âmbito do SUS. Esta rede de cuidados visa assegurar a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada a gravidez, parto e puerpério e à criança o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis. Essa mesma portaria inclui o Método Canguru no seu componente parto e nascimento e prevê o cálculo para custeio dos leitos Canguru (BRASIL, 2011).

Em 10 de maio de 2012, através da Portaria MS/GM nº 930 o Ministério da Saúde definiu critérios para classificação e habilitação de leitos neonatais no SUS e as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. De acordo com essa portaria as Unidades Neonatais devem ser divididas, de acordo com as necessidades de cuidado em: Unidade

de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN). A UCIN deve ser dividida em: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Canguru (UCINCa) (BRASIL,2012).

Através destas duas últimas portarias pode-se observar a preocupação com um atendimento neonatal mais integral e resolutivo. Dessa forma, o Método Canguru é considerado como um importante modelo assistencial normatizado como política de saúde perinatal, contemplando cuidados baseados em evidências científicas visando qualificar a atenção neonatal a partir da humanização da assistência.

2.3 A Mãe e o Seu Bebê nas Etapas do Método Canguru

A primeira etapa inicia-se no pré-natal com o acompanhamento das gestantes de risco e continua após o nascimento do bebê com o acolhimento do mesmo e sua família durante a internação na UTI Neonatal. É nesse momento que se dá o primeiro contato da família com o ambiente da UTI Neonatal que é para eles um ambiente estranho e assustador. É o momento em que a mãe tem o primeiro contato com seu bebê, sendo dessa forma, de essencial importância para a maternagem.

Para se adaptar à rotina do ambiente da UTIN e desmistificar a percepção do seu bebê como alguém muito fragilizado, a mãe precisa receber um bom suporte da equipe de saúde que, de forma gradual, deve estimular sua aproximação com o filho através do toque, prestando-lhe cuidados até que adquira segurança para acolhê-lo na posição canguru. Esse contato possibilita que ela sinta o filho como seu (BRASIL, 2013). Contudo, os profissionais que assistem a estas mulheres devem respeitar sua individualidade, visto que não se pode esperar de todas a mesma atitude frente a situação de prematuridade do filho.

De acordo com SANTOS (2010), as mães de bebê pré-termo precisam de tempo para lidar com o luto pela perda das idealizações projetadas na gravidez e só através dessa superação conseguem assumir a criança.

A segunda etapa é a que se inicia com a estabilidade clínica do bebê e acontece na enfermaria canguru ou, em algumas unidades, em uma enfermaria de cuidados intermediários. Além da estabilidade clínica do bebê, são critérios para inclusão na segunda etapa que ele esteja em nutrição enteral plena e com peso mínimo de 1250 g.

Em relação à mãe, são critérios: o desejo de participar, disponibilidade de tempo, rede social de apoio e habilidade para manusear o bebê em posição canguru.

Na segunda etapa a mãe vai recebendo suporte da equipe de saúde para aos poucos ir perdendo o medo de cuidar do seu bebê. São oferecidas todas as orientações necessárias para que ela se torne cada vez mais independente nos cuidados, sendo preparada para o momento da alta.

Em um estudo realizado com mães participantes do Método Canguru onde as mulheres foram questionadas sobre a sua visão quanto ao espaço tecnológico e multidisciplinar onde estavam inseridas participando dos cuidados ao filho, os relatos maternos evidenciaram que, para essas mães, a amamentação e o Método Canguru significavam um momento só seu, familiar que as aproximava de casa (MOREIRA, BRAGA, MORSCHI, 2006).

Assim, pode-se inferir o quanto o Método Canguru facilita o processo de maternagem, pois proporciona à mãe o empoderamento de seu bebê, os aproxima e estimula o contato precoce.

A terceira etapa é a que se dá no período pós-alta hospitalar. É essencialmente ambulatorial e é nesta fase que a mãe experimenta um grande sentimento de medo e insegurança, visto que até então, durante a hospitalização a presença contínua do profissional de saúde a proporcionava certa segurança. Esta etapa exige da equipe observação cuidadosa e global do bebê e da adaptação de sua família à nova situação. Situações de risco devem ser reconhecidas para que uma adequada intervenção possa ser estabelecida (BRASIL, 2013).

Dessa forma, além da avaliação física do bebê, observar como está sendo a relação mãe-bebê-família em casa é de suma importância. Neste sentido, o profissional deve estar atento às dúvidas e inseguranças da mãe quanto à maternagem. O pensamento de que a vida do bebê está em suas mãos pode gerar nestas mulheres medo e ansiedade.

Em um estudo realizado por Santos (2010) sobre a maternagem de mulheres com filhos pré-termo, foi relatado por algumas mulheres o medo de cuidarem de seus bebês no domicílio, longe de todo aparato tecnológico e dos profissionais da UTI Neonatal. Elas também referiram sentir uma grande responsabilidade pela vida do bebê.

As consultas de terceira etapa devem ser agendadas seguindo-se o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde de realização da primeira consulta até 48 horas após a alta e as demais no mínimo uma vez por semana. Entretanto, a agenda deve

permitir retorno não agendado (agenda aberta). O bebê é acompanhado até atingir o peso de 2.500 gramas, quando estará em condições de ser assistido no seguimento ambulatorial, seguindo as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

A equipe que atende na terceira etapa deve ser de preferência a que tinha acompanhado o bebê e sua família nas etapas anteriores. Os profissionais que devem realizar as consultas de terceira etapa serão o médico e/ou enfermeiro, de acordo com a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru (BRASIL, 2013). Quando necessário, outros membros da equipe poderão ser envolvidos nas consultas.

Deve-se estimular a posição canguru no domicílio pelo tempo que for necessário, de acordo com a individualidade de cada binômio, porém outros membros da família deverão ser encorajados a colocar o bebê na posição canguru, para que a mãe possa ter seus momentos de descanso e satisfação de necessidades pessoais.

A alta da terceira etapa e, por conseguinte, do Método Canguru, acontece após o bebê atingir o peso de 2.500 gramas, estar preferencialmente em aleitamento materno exclusivo com ganho ponderal adequado, com mãe e família seguros e vinculados ao bebê (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que deve ser feito o encaminhamento do bebê ao ambulatório de seguimento onde ele e sua família continuarão a serem acompanhados. Uma rede básica de preferência próxima à residência, deve receber o bebê após o devido encaminhamento pela equipe que o acompanhou no Método Canguru. Nas unidades que não possuem ambulatório de seguimento, o bebê deve ser devidamente encaminhado às equipes de estratégia da saúde da família.

Muitos são os benefícios do Método Canguru por tratar-se de um modelo assistencial voltado para a humanização do atendimento e para a promoção da saúde biopsicossocial, envolvendo não só mãe e bebê, como também a inserção dos demais membros da família.

Desta forma podemos destacar como principais vantagens:

- Redução do risco de separação entre a mãe e o bebê, estimulando os cuidados maternos, fazendo dos pais participantes dos cuidados do seu bebê;
- Permite o envolvimento da família ampliada;
- Reduz o estresse do recém-nascido e de seus pais;

- Estimula um melhor desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do bebê;
- Manutenção do controle térmico e estabilidade dos sinais vitais do bebê;
- Possibilita um relacionamento melhor entre pais, familiares do bebê e equipe de saúde;
- Reduz as taxas de infecção hospitalar;
- Reduz o número de reinternações;
- Otimiza leitos de unidade de terapia intensiva neonatal;
- Reduz o tempo de internação dos bebês.

2.4 A Maternagem diante da prematuridade

A maternagem pode ser compreendida como tudo que a mãe faz para cuidar do seu bebê, sendo mesmo inconscientemente, influenciada por memórias do cuidado que recebeu quando bebê de sua própria mãe ou cuidadora (SANTOS, 2010).

Stern (1997) descreve que com o nascimento do bebê, especialmente o primeiro, a mãe entra em uma nova e única organização psíquica a qual chama de constelação da maternidade, que é temporária, podendo durar meses ou anos. Essa constelação se torna fundamental e passa a dominar a vida psíquica da mãe, empurrando para o lado as organizações de complexos nucleares anteriores que desempenhavam este importante papel.

Ainda de acordo com o autor, a mãe apresenta interna e externamente três preocupações e discursos diferentes que se relacionam, aos quais denomina de trilogia da maternidade. São eles: o discurso da mãe com sua própria mãe, relacionado a como sua mãe era para ela quando criança; o discurso consigo mesma (em especial com ela mesma como mãe) e seu discurso com o bebê.

A partir deste processo, a mulher que se torna mãe desenvolve psiquicamente, preocupações que irão influenciar os seus sentimentos e ações e interferir na maternagem de seu filho. Tais questões permeiam o comportamento da mãe nas suas relações interpessoais estruturando aspectos da sua vida psíquica. Assim, a Constelação da Maternidade é permeada por quatro temas centrais que irão interferir diretamente na forma como as mães maternam seus bebês:

- **Vida-crescimento:** A mãe preocupa-se com a saúde física do bebê e se pergunta se será capaz de mantê-lo vivo, saudável, crescendo e se desenvolvendo adequadamente. É esta preocupação que a faz levantar de noite para ver se o bebê está respirando, dormindo bem e faz a alimentação do bebê ser tão importante. Também faz com que a mãe tenha medo das doenças e malformações no filho.
- **Relacionar-se primário:** refere-se ao envolvimento emocional da mãe com seu bebê, sendo esta capaz de amá-lo e senti-lo. Nesta fase, que ocorre especialmente durante o primeiro ano de vida, ocorre o que Winnicott descreve como preocupação materna primária; onde as mães são capazes de se colocar no lugar de seu bebê, o que as faz responder às suas necessidades básicas.
- **Matriz de apoio:** a mãe sente necessidade de uma rede de apoio que a permita realizar suas tarefas relacionadas ao bebê com êxito. Assim procura buscar ajuda em figuras de referência (companheiro, mãe, parentes, vizinhos) a fim de que esta rede possa prover suas necessidades vitais e afastá-la da realidade externa para que ela possa cuidar do seu bebê. Também busca apoio para ser instruída em sua maternagem com sua própria mãe ou suas representantes.
- **Reorganização da identidade:** a mãe é impelida a transformar seu eu, sua identidade “de filha para mãe, de esposa para progenitora, de profissional para mãe de família, de uma geração para a precedente” necessitando redimensionar sua distribuição de tempo e energia.

Ao nascer o bebê pré-termo é separado de sua mãe e colocado em um ambiente estranho e estressante, repleto de tecnologia e longe do aconchego do útero materno. Esta separação é traumática para ambos. Tal experiência leva a uma situação de crise, para a mãe e família e estes podem ficar inicialmente incapazes de responder adequadamente.

Ao se perceberem em um ambiente desconhecido, repleto de tecnologias, com uma equipe de profissionais muito atarefados e um bebê diferente daquele por eles idealizado, os pais podem experimentar uma sensação de culpa e desamparo (SILVA, 2009).

O sentimento de culpa experimentado pelas mães nesta fase é intenso. Na maioria das vezes, elas se sentem culpadas por não terem conseguido segurar a gravidez

e se consideram também incapazes de maternar um bebê pequeno e frágil, o que resulta em uma sensação de perda do seu papel de mãe.

A equipe cuidadora deve procurar, aos poucos, favorecer a mãe no restabelecimento do vínculo com o seu bebê, integrando-a aos cuidados para que ela vá conseguindo empoderar-se de seu filho e dessa forma exercer sua maternagem, seu papel de mãe. Para que essa interação ocorra de forma eficaz é necessário que a equipe não faça pré-julgamentos, respeite o momento e o tempo desta mãe sem rotulá-la como boa ou má, entendendo que ela precisa de um período de adaptação à nova situação.

“O exercício da maternagem pela mulher tem componentes biológicos comprovados cientificamente. Porém, não menos importantes são os componentes históricos, sociais e culturais que atuam sobremaneira na forma pela qual a mulher materna o seu filho” (SANTOS, 2004, p.29).

Outro ponto a ser considerado importante para o exercício da maternagem nesta clientela específica é o incentivo à presença do pai. Com a mudança de paradigmas sociais, o homem passa a participar dos cuidados aos filhos. Essa divisão de tempo é importante, pois contribui para a redução do stress materno, além de promover uma melhor integração da família.

“É preciso que vejamos cada cliente, mulher, mãe, bebê, criança, como um ser inteiro, complexo e inserido num determinado ambiente. Fez-se necessário criar espaço para que as mulheres/mães expressem seus sentimentos, facilitando o exercício de maternagem” (SANTOS, 2004, p.29).

CAPÍTULO 3

REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Teoria das transições de AFAF IBRAIM MELEIS

As teorias servem como princípios fundamentais que alicerçam o saber científico. Conforme a Enfermagem foi evoluindo enquanto ciência, cada vez mais foi surgindo a necessidade de busca de respostas que embasassem a prática assistencial.

No âmbito da enfermagem, dentre muitas abordagens conceituais, a teoria pode ser entendida como um “conjunto de conceitos relacionados à realidade da enfermagem, seus fenômenos e a relação entre eles. Servem para descrever, explicar, diagnosticar e prescrever medidas para a prática assistencial, oferecendo respaldo científico para as ações de enfermagem” (PICCOLI, *et al.* 2015).

Uma das Teorias de Enfermagem cujos conceitos se aplicam ao contexto do presente estudo é a Teoria das Transições, proposta por Afaf Ibraim Meleis.

Nascida em 22 de março de 1942 na cidade de Alexandria no Egito; é considerada a Florence Nightingale do Oriente Médio. Foi a primeira a obter um grau em Enfermagem pela Universidade de Siracusa. É cientista e professora de Enfermagem e Sociologia na Universidade da Pensilvânia. Seu ensino centra-se no estudo da saúde dos imigrantes e saúde internacional da mulher e no desenvolvimento teórico da disciplina de Enfermagem. É membro da Academia Americana de Enfermagem, Membro Honorário do Royal College of Nursing e membro do Institute of Medicine, e do Fórum Executivo das Mulheres da Pennsylvania.

Sua teoria busca como base para a Assistência de Enfermagem as transições ocorridas ao longo da vida do indivíduo, onde se entende por transição as mudanças que ocorrem de uma fase da vida, condição ou status para outra. Toda transição é resultante da complexa interação entre pessoa e ambiente, sendo caracterizada pelo processo, pela percepção da alteração e pelos padrões de resposta (MELEIS, 2007).

Neste sentido, o foco de ação da Enfermagem nesta teoria é o de facilitar as transições que ocorrem ao longo da vida do cliente, compreendendo este como um ser humano com necessidades específicas, que interage com o meio em que está envolvido e possui capacidade de se adaptar as suas mudanças. O ambiente é o contexto onde o indivíduo se insere e que pode oferecer condições favoráveis de transição, podendo ser a

família, comunidade e condições físicas, naturais e artificiais, sendo influenciadas por fatores internos e externos.

Para Meleis, os Enfermeiros são os profissionais que mais cuidam dos clientes e suas famílias em fase de transição, preparando-os também para transições iminentes, facilitando o processo de aprendizagem frente a novas situações e a aquisição de novas habilidades (MELEIS, 2010).

A interação paciente – Enfermagem deve se organizar com o propósito de acarretar terapêuticas para promover e restaurar a saúde. Nesta perspectiva, os problemas de Enfermagem são vistos a partir de quem vivencia a transição, propiciando identificação das necessidades para o cuidado.

Na Teoria das Transições a saúde é considerada mais do que simplesmente a ausência de doenças, é a adaptação e a manifestação da consciencialização, empoderamento e controle sobre a vida e quando ocorre desequilíbrio desses elementos, inicia-se o processo de transição (MELEIS, 2007).

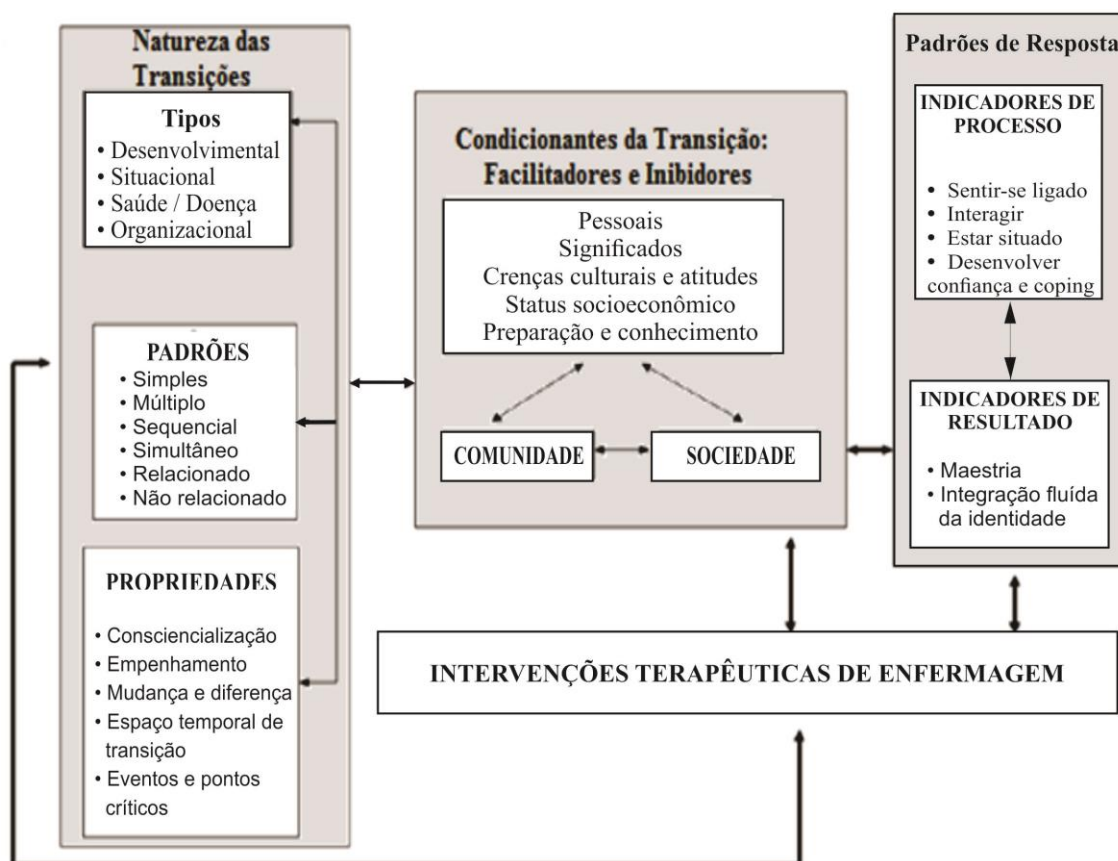
As transições estão ligadas a processos de desenvolvimento, situações, ou acontecimentos de saúde/doença e sempre ocorrem em algum momento da vida do indivíduo, obrigando-o a buscar novos conhecimentos e maneiras de adaptar-se ao novo estado ou situação. Algumas transições foram destacadas por Meleis como passíveis de tornar os clientes vulneráveis como, por exemplo, experiências de doenças (diagnóstico, procedimento cirúrgico, reabilitação e cura) desenvolvimento dos processos de vida (gravidez, nascimento, parentalidade, adolescência, menopausa, velhice e morte) e as transições culturais e sociais (emigração, reforma e cuidador das famílias) (MELEIS, 2007).

A vulnerabilidade em tais transições ocorre pela dificuldade que as pessoas encontram para lidar com acontecimentos novos, situações que nunca vivenciaram, podendo gerar insegurança, medo ou até torná-las incapazes de buscar estratégias que as facilitem o enfrentamento da nova situação sem que sua saúde seja prejudicada.

Uma transição desenvolve-se numa dinâmica de processo que embora tenha duração variável, é marcada pelo sentido de movimento – a um começo segue-se um desenvolvimento que termina em algo. As características que delimitam essas fases podem não ser as mesmas ou até não serem bem definidas, mas haverá um episódio a que se segue algo mesmo que seja um período de confusão e estresse, retomando a um novo começo (REBELO, 2014).

Considerando a transição como conceito central para as ações de Enfermagem e através de estudos sobre experiências de transições em diferentes situações (gravidez, maternidade, menopausa, trabalho, situações de migração, aquisição de papel de cuidador e processos de diagnóstico) Meleis et al (2000) desenvolveram um modelo explicativo da teoria, que se encontra a seguir:

Figura 1 - Modelo explicativo da Teoria das Transições de Meleis: uma Teoria de Médio Alcance.



Fonte: Transições: Uma teoria de médio alcance [adaptado] (MELEIS *et al.*, 2000).

Tal modelo mostra de forma esquemática que as transições são diferentes quanto a sua natureza, possuem fatores condicionantes atuando como facilitadores e inibidores e todo esse processo irá desencadear padrões de resposta nos indivíduos. Todos esses fatores interligados entre si irão determinar as ações de enfermagem (MELEIS *et al.*, 2000).

De acordo com a sua natureza, os tipos de transições são:

- Desenvolvimentais: ligadas a situações de vida como nascimento, adolescência, menopausa, envelhecimento e morte;

- Situacionais: ocorrem em caso de acontecimentos que originam alterações de papéis;
- Saúde/doença: associada a condições em que ocorre a doença e a tudo o que é feito para promover a saúde, bem como ao processo de alta hospitalar;
- Organizacionais: ligadas as condições ambientais que afetam a vida dos clientes (novas políticas de trabalho, mudanças de condição social, etc).

Quanto aos padrões, as transições podem ser simples, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas ou não relacionadas. Esta classificação refere-se ao fato de que muitos indivíduos experimentam várias transições ao mesmo tempo, sequenciais ou simultâneas, estando relacionadas ou não umas as outras (MELEIS et al, 2000).

Sendo as transições complexas e multidimensionais, apresentam propriedades que a caracterizam e tornam-se essenciais a sua experiência. São elas:

- Consciencialização: percepção e reconhecimento da experiência de transição;
- Empenhamento: grau de envolvimento do cliente no processo de transição, sendo influenciada pelo nível de consciência. Meleis et al (2000) ressaltam que quanto maior o nível de consciencialização da pessoa sobre seu processo de transição, maior será seu envolvimento;
- Mudança e diferença: todas as transições levam à mudança, mas nem toda a mudança está relacionada com a transição. Mesmo ocorrendo a mudança, face a uma situação vivida, a transição refere-se a todo um processo a longo prazo que leva a adaptação a novos papéis e situações. Com relação às diferenças, estas estão relacionadas ao fato do indivíduo que passa pela transição sentir-se diferente face as mudanças ou ver o mundo de maneira diferente. Tal propriedade pode tornar-se útil para que o enfermeiro avalie no cliente seu nível de conforto e domínio ao lidar com as mudanças (MELEIS et al, 2000);
- Espaço temporal de transição: Todas as transições ocorrem ao longo do tempo, fluindo através de um ponto inicial cujos primeiros sinais como antecipação, percepção ou demonstração de mudança vão levando a períodos de instabilidade, confusão e angústia até um eventual final, com novo começo ou período de estabilidade, porém, de acordo com Meleis et al (2000), pode ser difícil, impossível e improdutivo impor limite sobre o intervalo de tempo de certas experiências de transição, pois estas nem sempre seguem a mesma

trajetória cronológica. São dinâmicas e podem exigir a reavaliação dos resultados;

- Eventos e pontos críticos: alguns eventos podem marcar e identificar o início de uma transição (nascimento, morte, menopausa, diagnóstico de uma doença), porém existem transições em que os marcadores específicos não são tão evidentes. Os pontos críticos e eventos estão associados ao aumento da consciência da mudança e ao envolvimento para lidar com a transição. Exigem do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência para atuar a fim de facilitar ao cliente a aquisição de novas rotinas, habilidades, estilos de vida e atividades de auto cuidado (MELEIS et al, 2000).

As transições possuem condições que agem como facilitadores ou inibidores do seu processo. Tais fatores influenciam favorecendo ou restringindo transições saudáveis. São eles:

- Condições pessoais: referem-se aos significados que o indivíduo atribui ao seu processo de transição;
- Crenças culturais e atitudes: referem-se ao estigma cultural atribuído a determinadas experiências de transição;
- Status socioeconômico: refere-se a maior vulnerabilidade para lidar com as transições, quanto mais baixo for o nível socioeconômico do indivíduo;
- Preparação e conhecimento: quanto maior a preparação e o conhecimento sobre o que esperar sobre a transição, maiores serão as chances de que ela ocorra de forma saudável.

A comunidade e a sociedade também podem facilitar ou inibir transições, pois o apoio de familiares, grupos, a forma como o indivíduo é visto pela sociedade (por exemplo, igualdade/desigualdade de gênero) irão interferir nesse processo.

Ainda de acordo com o modelo explicativo de Meleis *et al* (2000), os padrões de resposta referem-se a busca de transições saudáveis, sendo estes caracterizados pelos indicadores de processo e resultado. Os indicadores de processo incluem: sentir-se ligado, interagir, situar-se, desenvolver confiança e conseguir lidar com a transição.

Os indicadores de resultado incluem: maestria (domínio de habilidades para lidar com as novas situações) e integração fluída da identidade (reformulação da identidade como resultado da adaptação à nova situação).

Quanto às intervenções terapêuticas de Enfermagem, Meleis *et al* (2000) consideram que devem ser realizadas buscando uma compreensão do cliente de forma abrangente. Para isso, as condições de transição devem ser sempre avaliadas e as ações de enfermagem devem ser dinâmicas, levando o cliente a adquirir meios que o possibilitem passar pelo processo de transição de forma saudável.

A teoria das transições é considerada de médio alcance, visto que possui um alcance mais limitado e menos abstração que as grandes teorias e trata de fenômenos específicos, o que a torna mais facilmente aplicável à prática de Enfermagem (MELEIS *et al*, 2000).

Estudos indicam que a aplicabilidade da teoria das transições na prática de Enfermagem pode ser útil no cuidado a vários grupos, incluindo populações geriátricas, psiquiátricas, mulheres que se tornam mães, mulheres na menopausa, imigrantes, cuidadores familiares, doentes de Alzheimer e pessoas com doenças crônicas, entre outros (MELEIS *et al*, 2000).

Por tratar-se a maternidade de um processo de transição e ser este estudo uma proposta de análise deste evento na vida das mulheres que passam pela experiência de ter um filho prematuro, a aplicação desta teoria mostra-se adequada para melhor compreensão dos resultados obtidos.

CAPÍTULO 4

METODOLOGIA

4.1 Método Narrativa de Vida

A metodologia utilizada para condução deste estudo foi a abordagem qualitativa, pois trata-se de uma investigação de percepções e vivências que não são passíveis de mensuração por meios matemáticos.

A abordagem qualitativa permite ao pesquisador uma maior compreensão da subjetividade do objeto, preocupando-se com uma realidade que não pode ser quantificada, pois trabalha com um universo de valores, crenças e significados (SPINDOLA, SANTOS, 2003).

A pesquisa qualitativa aprofunda a compreensão de micro-realidades buscando desvendar suas particularidades a partir do aprofundamento na investigação de sua lógica interna, levando em conta opiniões, crenças, valores, relações, atitudes e práticas (MINAYO, 2003).

Dentre os tipos de abordagem qualitativa, a escolhida para o desenvolvimento deste estudo foi a Narrativa de vida, desenvolvida pelo sociólogo Daniel Bertaux, modalidade que permite ao participante da pesquisa expressar livremente suas ideias, sentimentos e percepções, narrando os fatos ocorridos os quais ele próprio vivenciou, dando-lhe voz para descrever sua própria trajetória.

A narrativa de vida ocorre a partir do momento em que o indivíduo conta a outra pessoa um episódio qualquer da sua experiência vivida. Ela conta a história de uma vida através de uma sucessão de acontecimentos em determinadas situações que irão motivar projetos e ações na vida do indivíduo; porém, não se deve imaginar que a linha de vida nessa narrativa seja harmoniosa. Ao contrário, toda a trajetória de vida é influenciada por forças que interferem no seu percurso de maneira imprevista e incontrolável (BERTAUX, 2010).

O termo “narrativa de vida” surgiu na França. Antes o termo utilizado era “história de vida”, uma tradução literal do americano “*life history*”. Foi modificado pelo fato de não fazer distinção entre a história vivida pelo sujeito e a narrativa que ele mesmo poderia fazer de sua vida (BERTAUX, 2010). A narrativa de vida preocupa-se em ouvir do sujeito sua experiência vivenciada, levando em conta suas percepções acerca do que está sendo narrado.

Esse método é desenvolvido a partir de entrevistas abertas e individuais, onde as narrativas dos participantes irão gerar categorias analíticas que permitam ao pesquisador compreender um dado fenômeno sob a ótica dos mesmos.

Quando se relaciona vários testemunhos sobre experiências que foram vividas por pessoas/grupos diferentes, mas dentro de uma mesma situação será possível que sejam superadas as singularidades para que se alcance uma representação sociológica dos componentes sociais da situação (BERTAUX, 2010).

Ao trabalhar com narrativas de vida, o pesquisador busca conhecer as informações acerca da experiência pessoal de um ou vários indivíduos, dando-lhe liberdade para falar a respeito de sua vivência em relação ao tema do estudo, o que propicia uma riqueza de detalhes a serem analisados (SANTOS, 2009).

Este método permite ao pesquisador uma maior proximidade com o objeto a ser estudado, pois dá vez aos participantes do estudo, permitindo que estes o conduzam. A pesquisa é direcionada pelos entrevistados e os relatos obtidos são ricos em percepções acerca de sua visão de mundo, de como vivenciou os fatos e de como estes influenciaram seu presente (BERTAUX, 2010).

Por se tratar de uma pesquisa que visa um aprofundamento maior no conhecimento da experiência vivida pelas mães com os seus bebês pré-termo no pós-alta do Método Canguru, buscando um aprimoramento na assistência prestada a esta clientela, tal método mostrou-se o mais apropriado.

Para um cuidado puramente científico, há necessidade que o enfermeiro ouça o cliente e conheça o que pensa e sente para que ambos possam negociar o tipo de assistência a ser implementada. O método Narrativa de Vida permite ao enfermeiro construir uma assistência voltada para as reais necessidades da clientela, visto que o cuidado passa a ser discutido com o cliente e não imposto de cima para baixo (SANTOS, 2009).

4.2 O Caminho Metodológico

4.2.1 Cenário do Estudo

O cenário do estudo foi uma maternidade pública federal, localizada no Município do Rio de Janeiro, que tem como foco principal de sua atuação, além da assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão.

Esta instituição atende a mulher no círculo gravídico-puerperal e aos bebês, contando com vários setores como: ambulatórios de pré-natal e segmento de pediatria, emergências obstétrica e neonatal, centro obstétrico, alojamento conjunto e unidade neonatal que é composta por: UTI Neonatal, Unidade Intermediária Neonatal convencional e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (Alojamento Canguru).

O Método Canguru foi implantado em 2000 na unidade cenário do estudo e desde então suas etapas são desenvolvidas de forma bem delimitada: a primeira etapa na UTI Neonatal, a segunda etapa na Enfermaria Canguru e a terceira etapa com consultas realizadas exclusivamente pelos Enfermeiros que atuam no Método. Vale ressaltar que, durante todo o período de hospitalização, os bebês pré-termo e/ou de baixo peso e sua família são acompanhados por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, dentre outros.

Após a alta da terceira etapa, os bebês que passaram pelo Método Canguru continuam sendo acompanhados no ambulatório de segmento da mesma instituição, cenário de captação das participantes e local onde foi realizada a maioria das entrevistas.

4.2.2 Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ, a fim de atender aos requisitos éticos e legais da pesquisa com seres humanos especificados pela resolução número 466/2012, sendo aprovada sob o parecer nº 1.299.582 de 28 de outubro de 2015 (ANEXO 2).

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Vale ressaltar que foi explicada a participante a importância de sua participação para a melhora da assistência a clientela em questão e que a mesma só

participaria voluntariamente. Antes do início da entrevista, foi lido junto com a participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as dúvidas relativas ao termo, quando surgiram, foram sanadas antes da assinatura do mesmo.

A pesquisa não implicou em nenhum custo ou prejuízo de caráter econômico, social, psicológico ou moral para a participante, contudo, foi explicado à mesma que poderia incomodar no sentido de fazê-la lembrar de situações que podem ter sido difíceis. Foi informado que poderia se recusar a responder caso se sentisse incomodada e que poderia se retirar da pesquisa se assim o desejasse sem nenhum prejuízo. Foi garantido o anonimato às participantes.

Cabe ressaltar que a pesquisadora assegurou a ética no uso dessas informações através do Termo de Confidencialidade de Dados do prontuário dirigido à instituição cenário (ANEXO 1).

4.2.3 Produção dos Dados

O instrumento de coleta de dados teve duas partes:

- 1ª) Um formulário no qual foram coletados em prontuários dos bebês os dados para a caracterização da clientela: sobre as mulheres foram coletados dados referentes a história obstétrica e do parto e sobre os recém-nascidos a história na UTIN e no Canguru (APÊNDICE B);
- 2ª) refere-se à entrevista propriamente dita, que teve como pergunta norteadora: — Fale-me sobre a sua vida que tenha relação com o cuidado com o(a) seu filho(a) (nome da criança) no domicílio após a alta hospitalar do Método Canguru (APÊNDICE C). Com base também na entrevista foi construído um Historiograma com o objetivo fornecer ao leitor uma ideia geral de cada situação. O mesmo será apresentado no capítulo “análise”.

Para a realização de uma entrevista aberta, é necessário que haja uma escuta atenta aliada ao questionamento norteador da narrativa de vida do indivíduo, compreendendo que o sujeito não relata simplesmente a sua vida, mas através do depoimento, pode também refletir sobre sua própria história, enquanto a conta (BERTAUX, 2010).

SANTOS (2009) refere que a entrevista aberta prolongada permite que haja uma interação constante entre pesquisador e informante estimulando no

interlocutor o desejo de relatar, o que faz com que ele próprio passe a conduzir sua narrativa.

Foram entrevistadas quatorze mães de bebês que participaram das três etapas do Método Canguru, em acompanhamento na instituição cenário. Os critérios de inclusão foram: mulheres que participaram do Método Canguru e estavam realizando ou realizaram acompanhamento do filho pré-termo no ambulatório de segmento da referida instituição. Os critérios de exclusão foram: mulheres com condições que inviabilizaram a participação nas três etapas do Método Canguru; mulheres cujos bebês foram a óbito ou nasceram com má formação; mulheres menores de idade cujos responsáveis não autorizaram a participação através do termo de consentimento do responsável.

As entrevistas foram gravadas, com o consentimento das entrevistadas, para garantir a veracidade das informações. Foi garantido o anonimato às participantes. O término da entrevista se deu quando a participante disse que não tinha mais o que acrescentar, mesmo após ser questionada pela entrevistadora. Foi realizada a identificação dos participantes da seguinte forma: A letra “M” representando as mães participantes do estudo, seguida de algarismo arábico pela ordem das entrevistas.

Após a aprovação do Comitê de Ética, iniciou-se em dezembro de 2015 a captação das possíveis participantes através do Livro de Registro de Consultas do Canguru de 3ª Etapa, foram feitos contatos telefônicos para agendamento das entrevistas. Porém, devido às comemorações de fim de ano, as mulheres contatadas só aceitaram participar quando retornariam as consultas de *follow-up* com os bebês. Desta forma, a etapa de campo foi de fevereiro a maio de 2016.

Foram contatadas 23 mulheres, porém, efetivamente 14 foram entrevistadas devido a alguns percalços que passo a descrever a seguir:

Das contatadas, 6 aceitaram participar, mas não conseguiram conceder a entrevista. São mulheres cujos bebês não estão mais frequentando as consultas no ambulatório da maternidade e não encontraram tempo para a entrevista, mesmo em seus domicílios.

Uma das mulheres contatadas aceitou realizar a entrevista em sua casa e, na data combinada, fui até a sua residência, porém, a mesma esqueceu-se que havia agendado e não se encontrava em casa. Tentei reagendar para outra oportunidade, mas a participante não respondeu aos meus contatos.

Uma mulher contatada agendou entrevista na maternidade, porém no dia e horário combinados não compareceu.

Uma das mulheres contatadas, não aceitou conceder a entrevista e houve outra que assinou o TCLE e no momento da entrevista, não conseguiu falar, desistindo de participar.

A etapa de campo foi finalizada quando se atingiu a saturação dos dados em relação a experiência vivenciada da maternagem de mulheres com filho pré-termo participantes do Método Canguru após a alta hospitalar.

A saturação dos dados é o fenômeno através do qual o pesquisador tem a impressão de não aprender nada de novo referente ao objeto de estudo a partir de certo número de entrevistas. E para que o pesquisador consiga identificar corretamente o ponto de saturação recomenda-se a transcrição imediata das entrevistas (BERTAUX, 2010).

De acordo com Fontanella, Ricas e Turato (2008), a saturação dos dados em uma pesquisa qualitativa deve ser obtida através de um processo contínuo de análise desde o início da coleta, até o momento em que nada ou pouco de substancialmente novo apareça. Os mesmos autores enfatizam que, nesse tipo de abordagem as entrevistas inicialmente vão acrescentando novos dados; porém, à medida em que o número de participantes aumenta, os acréscimos vão rareando até que deixam de aparecer. Acrescentam que isso ocorre geralmente em torno da 11ª entrevista, sendo prudente a realização de mais duas ou três para confirmar a saturação.

Estudo realizado por Cherques (2009) com análise de três pesquisas, a fim de verificar empiricamente quais seriam os pontos de saturação mostrou que um mínimo de 8 e máximo de 15 entrevistas foram necessárias para que o mesmo fosse atingido, com margem de segurança.

Nesta pesquisa, as entrevistas passaram a se repetir a partir do décimo depoimento e foram realizadas mais quatro com o objetivo de confirmar se realmente havia sido atingido o ponto de saturação.

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra. A transcrição é uma etapa árdua que exige tempo e atenção. São necessárias cerca de 5 a 6 horas para transcrever uma hora de entrevista (BERTAUX, 2010).

As transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora, pois dessa forma é possível uma auto avaliação da maneira de entrevistar e o adequado ajuste na trajetória

do estudo (SANTOS, 2008). As entrevistas duraram 2 horas e 8 minutos e resultaram em 50 páginas transcritas.

4.2.4 Análise dos Depoimentos

O processo analítico utilizado foi a análise de conteúdo de Bardin (2011) que consiste na inferência das mensagens obtidas com vistas a obtenção de indicadores sejam eles quantitativos ou não que produzam conhecimentos relativos à temática contida nessas mensagens.

Neste estudo a modalidade da análise de conteúdo utilizada foi a análise temática. Esta consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido e permite ao pesquisador comparar os aspectos comuns e divergentes contidos nos relatos (BARDIN, 2011). Dessa forma, foram utilizadas no processamento dos dados as seguintes etapas que compõem esta modalidade de análise: pré-análise, exploração do material, o tratamento dos dados obtidos e sua interpretação.

Após a transcrição, foi realizada a leitura atenta e repetida de cada entrevista a fim de se destacar os pontos relevantes pertinentes ao tema estudado. Foi uma atividade trabalhosa, mas que serviu para a percepção da riqueza das informações contidas nos relatos, até mesmo aquelas presentes no que não foi dito, mas expressado em forma de sentimentos pelas participantes.

Após a leitura repetida e atenta das transcrições, as informações foram agrupadas e codificadas, originando 75 unidades temáticas. A CODIFICAÇÃO consiste em juntar as falas que mais se aproximam umas das outras nas entrevistas, organizando tudo o que for importante para atingir o objetivo da pesquisa. Para tal foi construído um quadro no qual constam as unidades temáticas, com a recorrência dos temas nas entrevistas, constando como APÊNDICE D.

Após a formação das unidades temáticas, estas foram agrupadas por assuntos comuns, o que caracteriza a técnica de RECODIFICAÇÃO, da qual emergiram 7 agrupamentos temáticos. Por fim, foi realizada nova leitura e interpretação para proceder a SÍNTESE de 3 categorias de análise. Esse esquema de análise está descrito no Quadro 4.

Quadro 4 - Esquema de Análise.

Unidades Temáticas (UT)	Recorrência	Agrupamentos	Categoria
<p>Prematuridade como uma surpresa, susto, evento que traz limitações, indesejado, uma marca na história do filho</p> <p>Equilíbrio emocional materno no pós parto em risco</p> <p>A vivência da hospitalização na UTIN como um momento emocionalmente pesado, um trauma</p> <p>Levando tempo para parar de encarar o filho como prematuro</p> <p>A experiência de ser mãe de prematuro é difícil, pesada, preocupante e abala psicologicamente</p> <p>Sentiu apoio das outras mães de prematuro no hospital.</p> <p>Possibilidade de permanência, atendimento psicológico, acolhimento como facilitadores da experiência materna no hospital.</p> <p>A diferença de acompanhar um filho prematuro na UTI convencional e no programa canguru.</p>	45	A maternagem em risco: Vivência de situações limites diante da prematuridade e hospitalização do filho pré-termo	<p>Categoria 1: A experiência de ter um filho pré-termo: um evento crítico</p>
<p>Sentir-se feliz com a alta hospitalar</p> <p>O pai como cuidador principal no retorno materno ao trabalho</p> <p>Dificuldade de atendimento no Sistema de saúde com o término da terceira etapa</p> <p>Medo, desespero e insegurança no momento da alta hospitalar</p> <p>Sentindo-se insegura com o término da 3ª etapa</p> <p>O acompanhamento multidisciplinar no 1º ano é importante para a segurança materna</p> <p>Não tendo experiências prévias de ser mãe ou de cuidar/ter um prematuro.</p> <p>Sentindo-se preocupada na gravidez com o cuidado do filho.</p> <p>Representações do bebê imaginário x bebê real</p> <p>A vivência da maternidade anterior como base de referência.</p> <p>Reconhece que, hoje em dia, a principal necessidade do filho é de convivência com outras crianças, atenção e amor</p>	39	A maternagem diante das transições: as mudanças de contexto de cuidado	

Aceitando o convite para ficar no Canguru sem explicações sobre o programa só para ficar perto do filho			Categoria 2: A experiência de aprendizagem no Método Canguru: adaptação para uma transição facilitada
Desejar cuidar, proteger e ficar perto, amar o filho			
Aprendeu a cuidar do bebê na 2ª etapa (higiene corporal, posição no colo e berço, cuidados anti refluxo, medicação e amamentação/alimentação)			
A aprendizagem promovida pela experiência e orientações de enfermagem na segunda etapa como facilitadora do cuidado, da amamentação e da segurança materna em casa			
Sentiu-se apoiada e recebeu ajuda das enfermeiras no cuidar	149		
Sentiu-se preparada para ir para casa porque o tempo que ficou no Canguru a preparou emocionalmente e no cuidado com o filho			
A importância das consultas de 3ª etapa para a segurança materna no cuidado em casa			
Desejando assumir o papel principal no cuidado do filho			
Busca até hoje orientações profissionais para cuidar do filho			
Descontentamento com atitudes de profissionais no ambiente da segunda etapa			
O carinho da equipe de Enfermagem como facilitador do vínculo e busca de informações no pós alta			
Sentindo-se acolhida, feliz e grata pela experiência na segunda etapa			
Acompanhando peso e desenvolvimento, esclarecendo dúvidas na terceira etapa			
A mãe do prematuro aprende a ser uma grande guerreira, vitoriosa		53	
A fé em Deus como uma marca na narrativa de vida com o filho pré-termo			
A posição canguru como um milagre, algo mágico, singular, grandioso que faz o filho crescer e ganhar peso.			
Percebendo o potencial da posição canguru (ganho de peso, controle térmico, conforto, sono, crescimento, alívio da dor, proteção)			

Ficou em casa isolada com o bebê, evitando saídas	149	A maternagem em casa: de frente com a realidade da demanda de cuidados do filho pré-termo	Categoria 3: A maternagem do filho pré-termo: desafios para aquisição da maestria para o cuidado em casa
Sentindo falta da ajuda e cuidado da equipe de enfermagem em casa			
Desgaste materno por dedicação exclusiva ao cuidado do filho			
Sono prejudicado pela demanda de cuidados noturnos e insegurança/medo			
O cuidado do filho em casa centrado na mãe			
Seguindo em casa a rotina de cuidados experienciada na segunda etapa do Canguru (banho, alimentação, posição para dormir)			
Sentindo-se culpada por não realizar um cuidado adequado em casa			
A inexperiência do pai e demais familiares para cuidar do filho em casa			
Sentindo falta da tecnologia em casa (monitor)			
Tendo ajuda prática e apoio emocional para cuidar do filho em casa (mãe- avó materna, marido, filha mais velha, sogra)			
Não realizando/adaptando a posição canguru em casa.			
O deslocamento para as consultas de 3ª etapa como uma experiência difícil por falta de ajuda			
Observando que o filho deseja o contato corporal semelhante à posição canguru			
Cuidados ‘redobrados’, ‘exagerados’ ou zelosos devido ao baixo peso e prematuridade.			
Os primeiros dias e meses em casa como uma experiência difícil, assustadora, sufocante, de insegurança, desespero, preocupação e cansaço.	38	A maternagem na amamentação do filho pré-termo: experiências vivenciadas e decisões	
Mudando os planos e rotina de vida para cuidar do filho em casa e acompanhar o crescimento.			
O pai como ‘matriz de apoio’ para a mãe			
Sentindo-se influenciada pela cultura a favor do leite industrializado			
O pai acredita no potencial da amamentação e do desenvolvimento do filho			
A continuidade do aleitamento materno após o retorno ao trabalho sendo favorecida pelos conhecimentos de ordenha e armazenamento do leite			
A continuidade do aleitamento materno após o retorno sendo facilitada pelo apoio recebido no local de trabalho			
Tomando decisões sobre a amamentação em casa			

Considerando as vantagens da amamentação exclusiva em casa			
Usando a mamadeira em casa (orientação profissional, medo de engasgos no copinho, dificuldade com gêmeos, falta de tempo)			
A amamentação como uma dificuldade (prematuridade, volume do leite, de ajuda, gêmeos, insucesso na estimulação, estresse, desgaste, tempo de mamada)			
Sentindo-se feliz em amamentar o filho			
A licença materna prolongada favorecendo a continuidade do cuidado do filho			
Medo de complicações no desenvolvimento do filho (sequelas)			
Medo de deixar o filho sozinho			
Preocupação, medo ou ansiedade relacionados com alterações do peso do bebê no hospital			
A experiência de uma perda anterior influenciado no medo de uma nova perda			
Medo interfere negativamente na experiência de prazer da maternagem e na forma de cuidar			
Medo da perda (por morte)			
Medo de receber visitas e contaminação do ambiente	228	A maternagem em meio ao medo: desafios para cuidar do filho pré-termo	
Medo de intercorrências e insegurança para agir em casa (resfriado, perda ou não ganhar peso, infecção, bactérias, resistência ao antibiótico, transmissão de doenças, refluxo, hipoglicemia, apneia, pneumonia)			
Medo de reinternações como uma perda			
Superando o medo e adquirindo segurança no cuidado, na sobrevivência e no desenvolvimento do filho com o tempo, com a experiência e a evolução			
Medo pelo fato do bebê ser prematuro, pequenininho, vulnerável, indefeso, frágil			
Medo de não ser uma boa mãe, de não saber ou não dar conta de cuidar do filho			

Fonte: Próprio autor.

CAPÍTULO 5

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização das participantes

As quatorze mulheres, mães de filho pré-termo, participantes do Método Canguru, em momento anterior à entrevista gravada, responderam ao formulário com dados sociodemográficos, visando uma caracterização do grupo que compôs este estudo. As informações relacionadas aos dados obstétricos e do pré-natal, bem como, os diagnósticos e as terapêuticas de seus filhos foram colhidas nos prontuários dos neonatos. A seguir está o quadro 5 que descreve as participantes quanto à idade, escolaridade, profissão/ocupação, renda familiar e situação conjugal.

Quadro 5 - Caracterização das Mulheres quanto aos dados sócio-demográficos.

Participante	Idade	Escolaridade	Profissão/Ocupação	Renda Familiar (em salários mínimos)	Situação conjugal
M1	34	Superior completo	Assistente Social	3	Casada
M2	27	Fundamental completo	Do lar	6	Casada
M3	34	Médio Completo	Recepcionista	3,5	Casada
M4	33	Fundamental completo	Do lar	1,5	Casada
M5	35	Médio completo	Auxiliar de serviços gerais	2	Casada
M6	41	Superior completo	Do lar	Não soube informar	União estável
M7	34	Médio completo	Babá	4	Casada
M8	27	Médio completo	Autônoma	2	Solteira
M9	37	Superior completo	Enfermeira	11	Casada
M10	22	Cursando superior	Estudante	2	Solteira
M11	26	Médio completo	Estudante	4	Casada
M12	33	Não mencionado	Do lar	4	Casada
M13	37	Fundamental Completo	Autônoma	2	Casada
M14	29	Médio Completo	Do Lar	Não soube informar	Casada

Fonte: Próprio autor.

Com base nos dados apresentados é possível observar que a idade das participantes variou de 22 a 41 anos, sendo a média de 32 anos. Quanto à escolaridade, 21,4% das mulheres declararam ter o Ensino Fundamental completo, 43% possuem o Ensino Médio Completo, 21,4% o Superior completo e 7,1% o Superior incompleto e 7,1% não mencionaram. Esses dados denotam que 71,5% das participantes deste estudo possuem no mínimo onze anos de escolarização.

Com relação à profissão/ocupação, 50% exercem atividades remuneradas, enquanto 35,7% informaram ser do lar e 14,3% estudantes. A média de salários mínimos que compõem a renda familiar foi de 3,7. Quanto à situação conjugal, 86% das mulheres se declararam casadas ou em união estável e 14% são solteiras.

O quadro 6 descreve a caracterização das mulheres quanto aos dados obstétricos, apresentando os seguintes indicadores: número de consultas de pré-natal, número de gestações (G), número de partos (P), número de abortos (A), número de filhos, número de filhos vivos, tipo de parto e motivo do parto prematuro. Ressalta-se que, conforme convenção, a quantidade de gestações, partos e abortos são expressos em algarismos romanos.

Quadro 6 - Caracterização das Mulheres quanto aos dados obstétricos

Participante	Nº de consultas	G	P	A	Nº de filhos	Nº de filhos vivos	Tipo de Parto	Motivo do parto prematuro
M1	6	I	I	0	1	1	Cesário	Hipertensão e eclampsia
M2	9	III	IV	I	4	3	Cesário	Hipertensão
M3	5	II	II	0	2	2	Cesário	Hipertensão
M4	5	II	II	0	2	2	Cesário	Descolamento prematuro placenta
M5	6	III	III	0	3	3	Cesário	Hipertensão e eclampsia
M6	6	III	II	I	2	2	Cesário	Hipertensão
M7	6	I	I	0	1	1	Cesário	Oligodramnia
M8	5	II	II	I	2	2	Cesário	Eclâmpsia
M9	15	I	I	I	1	1	Cesário	Transfusão feto fetal
M10	3	I	I	0	1	1	Vaginal	Bolsa rota
M11	5	II	I	I	1	1	Cesário	Crescimento intra uterino restrito
M12	4	III	IV	0	4	4	Cesário	Diabetes gestacional e bolsa rota
M13	5	IV	II	II	2	2	Cesário	Bolsa rota
M14	5	II	II	0	2	1	Cesário	Crescimento intra uterino restrito

Fonte:Próprio autor.

Com base nos dados, a média de consultas de pré-natal realizadas pelas participantes deste estudo foi de 6 consultas, atendendo ao mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde. Quanto ao número de gestações e paridade, 28,6% eram primigestas e 35,7 eram primíparas, o que conclama a uma atenção especial por serem mulheres que estavam vivenciando a primeira experiência de maternidade, já associada à condição de prematuridade do filho.

Das participantes, 43% tinham história de abortamento e a média de filhos foi de 2, sendo uma mãe com relato de perda de filho após o nascimento em gestação anterior.

Quanto ao tipo de parto, 93% foram cesarianas e apenas 7% foram vaginais, o que denota situações de interrupção da gestação por indicações clínicas emergenciais. Os motivos relacionados aos partos prematuros das mulheres deste estudo foram doenças hipertensivas relacionadas à gestação (43%), bolsa rota (21,4%), Oligodramnia (14,3%), Crescimento intrauterino restrito (14,3%) e transfusão feto-fetal (7%).

O quadro 7 apresenta a caracterização dos recém-nascidos (RN), filhos das participantes deste estudo, considerando os seguintes indicadores: idade gestacional, sexo (masculino – M, feminino – F), peso ao nascer (em gramas), peso de ingresso na segunda etapa do Método Canguru (MC) (em gramas), peso de alta hospitalar (em gramas), peso de alta da terceira etapa do Método Canguru (MC) e diagnóstico por ocasião do nascimento. Vale ressaltar que as crianças gemelares, estão identificadas segundo a convenção pelas siglas G1 para o primeiro gemelar e G2 para o segundo gemelar.

Quadro 7 - Caracterização dos recém-nascidos.

Filhos das participantes		Idade Gestacional ao nascer	Sexo	Peso ao nascer	Peso de ingresso na 2ª etapa MC	Peso de alta hospitalar	Peso de alta da 3ª etapa MC	Diagnóstico
RN 1		33 semanas	M	1435g	1560g	1900g	2530g	Pequeno para a idade gestacional
RN 2	G1	32 semanas e 6 dias	F	2220g	1990g	2470g	2670g	Desconforto respiratório precoce
	G2	32 semanas e 6 dias	F	1670g	1550g	1835g	2530g	Sepse suspeita
RN 3		34 semanas e 3 dias	M	1560g	1620g	1845g	2600g	Desconforto respiratório
RN 4		30 semanas	M	1930g	1735g	1890g	2525g	Doença da membrana hialina
RN 5		36 semanas	M	1545g	1695g	1920g	2685g	Crescimento intra uterino restrito
RN 6		34 semanas	F	1415g	1450g	1930g	2785g	Crescimento intra uterino restrito
RN 7		32 semanas	F	1785g	1705g	1975g	2740g	Sepse
RN 8	G1	31 semanas e 5 dias	F	1515g	1530g	2080g	2735g	Sepse suspeita
	G2	31 semanas e 5 dias	F	1405g	1485g	2010g	2640g	Sepse suspeita
RN 9		29 semanas	M	1035g	2175g	2300g	2570g	Doença da membrana hialina
RN 10		32 semanas	M	1190g	2010g	2070g	2530g	Bolsa rota de 18 horas
RN 11		35 semanas e 1 dia	F	1630g	1890g	1930g	2495g	Doença da membrana hialina
RN 12	G1	29 semanas e 3 dias	F	1320g	1830g	2005g	2505g	Doença da membrana hialina
	G2	29 semanas e 3 dias	M	1740g	Sem registro	2270g	2660g	Sepse suspeita
RN 13	G1	32 semanas	F	1645g	1845g	2720g	3370g	Bolsa rota
	G2	32 semanas	F	1195g	1385g	2045g	2615g	Sepse suspeita
RN14		36 semanas	F	1620g	Sem registro	2470g	2550g	Pequeno para a idade gestacional

Fonte: Próprio autor.

Os filhos pré-termos das mães participantes deste estudo totalizaram 18 crianças, tendo em vista quatro duplas de gêmeares. Deste total, 11 eram do sexo feminino (61%) e 7 do sexo masculino (39%). A idade gestacional ao nascer variou entre 29 a 36 semanas, sendo a média de 32 semanas, podendo-se observar que quatro bebês eram

prematuros extremos por ocasião do nascimento (abaixo de 30 semanas). A média de peso ao nascer foi de 1.547 gramas, sendo sete bebês classificados como muito baixo peso (menor ou igual a 1.500 g.).

Em relação ao peso de ingresso na segunda etapa do Método Canguru, a média foi de 1.715 g e a média de peso de alta hospitalar foi de 2.092 g. Quanto ao peso de alta da terceira etapa do Método Canguru, a média foi de 2.651 g., denotando um acompanhamento que até extrapola o peso de alta do programa que é de 2.500 g., mas isso se dá devido a avaliação de outros indicadores tais como segurança materna, aleitamento e cuidados especiais.

Em relação ao diagnóstico por ocasião do nascimento e hospitalização na UTIN observa-se que 44,5% foram casos de sepse (confirmada ou suspeita) ou ainda bolsa rota, cuja vigilância deve ser feita para possível sepse; 33,3% tiveram distúrbios respiratórios (Doença da Membrana Hialina e Desconforto Respiratório Precoce) e, 22,2% precisaram de acompanhamento intensivo neonatal por afecções relacionadas ao crescimento fetal (Crescimento Intrauterino Restrito e pequeno para a idade gestacional).

O quadro 8 apresenta o Historiograma, que consiste em um instrumento metodológico de caracterização sumária da história de cada participante do estudo, com a finalidade de dar ao leitor uma compreensão que o permita contextualizar os trechos das entrevistas com um breve relato de cada situação, permitindo que ele tenha uma visão geral das participantes do estudo.

Quadro 8 – Historiograma.

Participantes	Historiograma
M1	34 anos, casada, 1 ^a gestação, parto prematuro devido à doença hipertensiva específica da gravidez. Gestação foi interrompida com 33 semanas, peso de nascimento 1400g. Considerou o momento na UTI muito difícil e viu na Enfermaria Canguru a possibilidade de ficar próxima ao filho. Falou dos tempos de Canguru como um momento importante em sua vida para o retorno para casa. No dia da entrevista o bebê estava com 1 ano e 6 meses.
M2	31 anos, casada, parto prematuro com 34 semanas. Gestação gemelar. Bebês estavam com 2 meses e 3 dias na data da entrevista. Relatou que seu parto prematuro ocorreu por estresse. Teve uma gestação anterior gemelar na qual o 2º gemelar faleceu ainda na UTI, com 8 dias de vida. Ressaltou o medo da história anterior se repetir e por isso afirma se dedicar às filhas. Referiu sentir-se culpada por ter atribuído à avó os cuidados de seu 1º filho, por ter que trabalhar muito. Referiu também que sempre achou que a menorzinha das suas gemelares iria morrer e que quando ela sorriu pela primeira vez, sentiu uma felicidade imensa.
M3	34 anos, casada, possui outro filho de 3 anos. Gestação interrompida às 34 semanas e 3 dias por doença hipertensiva, específica da gravidez. Referiu-se ao Canguru como um local onde aprendeu a cuidar do filho. O bebê estava com 2 meses e 5 dias na data da entrevista.
M4	33 anos, casada, possui uma filha de 9 anos além do bebê. O bebê estava com 9 meses na data da entrevista. Sua gestação foi interrompida com 30 semanas devido a descolamento prematuro de placenta. Refere-se a prematuridade como um grande aprendizado. Disse que ama amamentar e que a maior alegria que teve durante a internação do bebê foi quando conseguiu amamenta-lo.
M5	35 anos, casada, tem mais dois filhos além do bebê. O bebê estava com 11 meses na data da entrevista. Gestação interrompida com 36 semanas por crescimento intra-uterino retardado (CIUR). Sentiu-se muito sozinha em casa, pois só podia contar com o pai do bebê para ajudá-la. Durante a entrevista fala bastante que queria muito ter uma Enfermeira

	em casa para ajudá-la porque no Canguru, tinha esse apoio e em casa não tinha. Chorou ao lembra-se dos momentos difíceis do nascimento do bebê e da surpresa e sensação de impotência diante da prematuridade do filho.
M6	41 anos, união estável, gestação interrompida com 34 semanas devido a doença hipertensiva específica da gravidez. Tem outra filha de 8 anos. Durante a entrevista falou da alegria de poder ter ficado com a filha no Canguru, pois na sua gravidez anterior a filha (com 8 anos) também teve complicações, ficou na UTIN e ela não pode ficar acompanhando-a, pois a instituição não permitia.
M7	34 anos, casada, gestação interrompida devido a oligodramnia, 1ª filha. Referiu que foi no Canguru onde conseguiu aprender tudo para cuidar da sua filha. Referiu sentir-se insegura no cuidado em casa por medo de intercorrências que culminassem com reinternação. Bebê com nove meses na data da entrevista.
M8	27 anos, solteira, parto gemelar, gestação interrompida com 31 semanas e 5 dias; eclampsia. Relatou não morar com o pai dos bebês e não ter bom relacionamento com ele. Está sendo apoiada pela irmã e familiares. Relata que foi difícil ir para casa com as filhas e ficou assustada no início por ser “mãe de primeira viagem” e ter que cuidar logo de duas que foram prematuras. Na data da entrevista as meninas já estavam com 1 ano e 3 dias.
M9	37 anos, casada, parto gemelar. Gestação interrompida devido a transfusão feto fetal. GI faleceu intra útero e a gestação foi mantida até 29 semanas para que GII estivesse em condições de nascer. Chorou ao falar da gravidez difícil e do medo de perder o filho. Disse que custou a enxergar o filho como uma criança saudável e não conseguia curtí-lo, mas com o passar do tempo conseguiu enxergá-lo como uma criança igual às outras e não como prematuro. O filho estava com 2 anos na data da entrevista.
M10	22 anos, solteira, parto normal com 32 semanas, relatou que quando foi para casa teve medo de deixar outras pessoas cuidarem do bebê e ficou triste porque devido ao estresse, causado pela prematuridade, o leite

	secou e não conseguiu amamentar por muito tempo. O filho na data da entrevista estava com 2 anos.
M11	26 anos, casada, gestação interrompida com 35 semanas e 1 dia por um crescimento intra uterino retardado (CIUR). Na época do nascimento do bebê estava terminando o curso técnico de Enfermagem e quase entrando em época de provas finais quando teve que ser internada para realização da cesariana. O pai do bebê se fez presente e participante na UTIN, na segunda e terceira etapas. Referiu que sua maior dificuldade em casa foi não ter quem a ajudasse. O bebê estava com 1 mês e 25 dias na data da entrevista.
M12	33 anos, casada, possui mais dois filhos, gestação gemelar foi interrompida com 29 semanas e 3 dias devido à diabetes gestacional e bolsa rota. Referiu que teve medo de levar os bebês para casa sem o monitor, no início não conseguia nem dormir, mas aos poucos foi se acostumando. Relatou que o estresse de ter que ficar com os bebês no hospital e deixar os 2 filhos pré-adolescentes em casa fez seu leite secar. Bebês com 8 meses da data da entrevista.
M13	37 anos, casada, possui mais 1 filha, gestação gemelar interrompida devido a bolsa rota. Ficou 42 dias internada na 2ª etapa porque após a alta da 1ª gemelar, não aceitava ir embora com uma das filhas, deixando a outra. Disse que aprendeu tudo no período da internação na Enfermaria Canguru. Bebês com 2 anos e nove meses na data da entrevista.
M14	29 anos, casada, teve uma gestação anterior e o bebê, que nasceu com 32 semanas, faleceu no 3º de vida devido a complicações respiratórias. Relatou sentir-se apreensiva com os episódios de hipoglicemia apresentados pela filha durante a internação e que seu maior medo era de que isso se repetisse em casa. Relatou achar “uma pena” estar recebendo alta da 3ª e se referiu à equipe de Enfermagem do canguru como “as amigas enfermeiras”. Bebê com 31 dias de vida na data da entrevista.

Fonte: Próprio autor.

5.2 Categorias de análise

A experiência de ter um filho representa um momento de grande mudança no ciclo vital de uma mulher, com repercussões para toda família. Tais mudanças geram uma necessidade de reestruturação psíquica e social que se inicia desde o momento da notícia da gravidez, percorrendo todo o período gestacional, parto, puerpério e estende-se para além deste período. Toda a família se reorganiza para acolher o novo membro, constituindo assim uma fase de transição onde novos papéis vão sendo assumidos (SILVA, SILVA, 2009).

As categorias deste estudo representam essa fase de transição para a mãe do filho pré-termo num contexto de dificuldades instaurado pela hospitalização, adaptações de cuidado, reorganização familiar, dentre outras. Os resultados apontam para uma maternagem que se organiza de forma singular em um período de turbulências emocionais, afetivas e desafios para cuidar do filho tanto no hospital quanto em casa, sendo o Método Canguru um facilitador de todo esse processo.

O momento da alta hospitalar, tão esperado pela mãe, configura-se ao mesmo tempo em um grande desafio onde, ao deparar-se com a demanda de cuidados do filho em casa, a mulher experimenta sentimentos como medo, desespero, cansaço, solidão, dentre outros. Em todas as fases desse processo o cuidado de Enfermagem deve ter por objetivo promover uma transição facilitada.

A seguir são apresentadas as categorias analíticas que surgiram a partir das narrativas de vida:

5.2.1 A experiência de ter um filho pré-termo: um evento crítico

Essa primeira categoria constituiu-se a partir das narrativas das mães no que se refere às situações limites que vivenciaram diante do nascimento prematuro e da hospitalização do filho na UTIN e das transições que elas experienciaram no processo de tornar-se mãe pela primeira vez, ou tornar-se mãe novamente, ou ainda, tornar-se mãe de um filho pré-termo. Neste sentido, essa maternagem se delineou diante de mudanças no contexto de cuidado do filho, ainda em gestação, ou diante das transferências nos espaços assistenciais do hospital ou no domicílio.

A situação limite no contexto da prematuridade é definida no Método Canguru como uma experiência que pode gerar sensação de desamparo, impotência e medo na

mãe e outros familiares que vivenciam a hospitalização na UTIN e exige da família reorganizações de ordem psíquica, emocional, estrutural e econômica para enfrentamentos dos desafios. Neste sentido, a mãe, figura central no processo de nascimento, pode oscilar em momentos históricos críticos de vida, no cuidado do filho pré-termo, entre esperança e desesperança, confiança e desconfiança, segurança e insegurança quanto à sua capacidade de superação das situações-limites (BRASIL, 2013).

Segundo Anjos et al (2012) a vulnerabilidade biológica do recém-nascido prematuro associada à perda do filho idealizado e a impossibilidade de tê-lo em casa logo após o nascimento são fatores com grande potencial para causar na mãe experiências de sentimentos ambivalentes.

Considerando os postulados do referencial teórico deste estudo, pode-se inferir que o nascimento prematuro instaura para a mulher uma situação-limite que demarca o início de um processo de transição de maternagem, que contém em si várias transições complexas e multidimensionais, deflagradas pelos pontos críticos da história de vida no cuidado do filho pré-termo.

Para Meleis et al (2000) as transições podem acontecer de forma simultânea ou sequencial, estando ou não relacionadas umas as outras. Em todo caso, as transições implicam em consciencialização por parte de quem as experiencia. Isso significa que o indivíduo toma consciência da mudança, delinea sua própria percepção para envolver-se e lidar com a situação.

Nesse processo de consciencialização, ter um filho pré-termo foi considerado pelas participantes desse estudo um susto, uma surpresa, um evento indesejado, que marcou suas vidas, conforme ressaltam M4 e M5.

“Olha, é uma experiência e tanto porque foi nove anos, depois que veio o segundo filho. E foi planejado, mas em termos do parto foi um susto muito grande, foi um susto muito grande porque é muito ..., é aquela experiência assim que você tem que ter um psicológico bom, porque você vê a criança muito pequena (voz embargada), muito indefesa ali, uma coisinha tão, ai...(não completou a frase devido a emoção) [...]É uma coisa que você desejou que nascesse de nove meses bem e passasse

três dias na maternidade e fosse pra casa, mas o prematuro não é esse caso.” (M4)

“Da forma que eles chegam, assustando a gente, mas a gente aprende a lidar com isso, mas o nosso sonho é que a gente tenha um filho de nove meses, de que eles nasçam bem. E, quando nasce prematuro, nasce sem peso você recebe alta, você chega na sua casa, você vê que o bercinho está montado, que as roupas estão arrumadas, está tudo ali esperando por ele e ele não vem. E, você acha que ele vai ficar internado dois dias e esses dois dias viram uma semana, que vai virando duas, que para muitas, um mês, que para muitas, seis meses e é uma eternidade, é um dia que não passa, é um dia que demora a passar”(M5).

Esse processo de consciencialização envolve inicialmente tristeza e frustração maternas por não alcançar as expectativas construídas de filhos saudáveis e ‘prontos’, rompendo com sonhos maternos, tais como o uso do quarto e das roupas preparadas. Essas limitações impostas pela prematuridade podem causar na mulher uma sensação de ‘mãe incompleta’, especialmente por esta situação dificultar o reconhecimento social da maternidade e, por conseguinte lhe é negada a ‘festa social do nascimento’ (MARSON, 2008).

Essa questão vem sendo destacada em outras pesquisas, que enfatizam um sofrimento materno relacionado ao nascimento prematuro, nos momentos iniciais, com prevalência de sentimentos negativos que podem gerar comprometimentos psíquicos que interferem em sua função materna. Anjos (2012) destacou sentimentos de tristeza, angústia, culpa e impotência em 16 mães de prematuros internados em UTIN relacionadas à interrupção precoce da gestação. Alexandre et al (2016) em um estudo com 50 mães de bebês prematuros mapeou sentimentos de culpa, ansiedade e fracasso, sobretudo no pós-parto, independente da paridade, com implicações para o envolvimento emocional com o bebê. Heck et al (2016) em estudo com nove mães de prematuros participantes do Método Canguru destacou sentimentos de tristeza e

insegurança pela vida do filho, ressaltando que as mães têm expectativas de nascimento a termo e retorno breve para a casa, sendo a prematuridade dificilmente imaginada.

A gravidez é um período de grandes transformações físicas e psicológicas para a mulher que, nesta fase, cria representações sobre seu bebê. À medida que ele cresce e se desenvolve em seu útero tais representações vão sofrendo um salto quanto à riqueza e especificidade, principalmente por volta do quarto ao sétimo mês de gestação quando tendem a ser mais positivas. A partir do sétimo mês tais representações começam a ser desfeitas na tentativa de um melhor ajuste para que futuramente se aproximem mais do bebê real (BRASIL, 2013).

O nascimento do bebê pré-termo normalmente ocorre antes desse período de ajuste, quando a mulher ainda está no auge das representações positivas, aumentando assim a distância entre o bebê por ela imaginado e o bebê real. Dessa forma, o tempo existente para que ela crie representações acerca do bebê real pode ser pequeno ou até inexistente, desencadeando uma situação de risco para a maternagem.

Nas narrativas das mães do presente estudo é possível notar tal situação de risco instaurada pelo choque com o aspecto físico indefeso e pequeno do filho e pela separação determinada pela hospitalização. Esse aspecto do sofrimento materno causado pela contradição entre o bebê imaginado e o real também foi destacado no estudo de Fleck e Piccinini (2013) especialmente no primeiro contato, sendo significado pelas mães como uma experiência difícil, assustadora e confusa pela aparência física do filho e os aparelhos a ele ligados. No estudo de Schmidt et al (2012) os pais referiram choque e medo de perder o filho no relato da experiência da primeira visita na UTIN, sendo este um momento potencialmente traumático, mas que pode ser amenizado a depender da condução da equipe e das reações adaptativas dos pais.

Interessante ressaltar o tempo afetivo e emocional destacado como discrepante em relação ao tempo cronológico de internação na UTIN, gerando uma privação afetiva na mãe sem o filho no domicílio. Em relação a essa questão temporal, Meleis et al (2000) destaca que as transições possuem uma temporalidade que não se delimita unicamente por uma trajetória cronológica, mas que se configura numa dinâmica fluida ao longo do tempo.

A vivência da hospitalização do filho na UTIN foi considerada pelas participantes desse estudo como um trauma, o que mostra o quanto essas mulheres vivenciaram dificuldades e desafios para maternar seus bebês em um ambiente estranho e envolto por tecnologias, rotinas e pessoas desconhecidas. Esse achado encontra

ressonância no estudo de Moreira et al (2009) realizado com oito mães de prematuros que ressalta que o trauma vivenciado na experiência junto ao filho pré-termo advém, dentre outros fatores, da ruptura/interrupção de uma expectativa de normalidade que se expande através dos dias na UTI, recebendo nesse ambiente uma carga emocional intensa capaz de derrubar as barreiras protetoras do psiquismo.

Arruda e Marcon (2010) também destacam que a trajetória da hospitalização na UTIN é marcada por situações estressantes que podem ser potencialmente traumáticas tais como: separação do filho do núcleo familiar, ansiedade pela estabilização do quadro clínico e desenvolvimento do bebê, aparatos tecnológicos do ambiente da terapia intensiva, alterações na rotina familiar e por fim, ansiedade com o período que antecede a alta hospitalar.

Uma das dificuldades mais apontadas pelas mães na UTIN neste estudo foi a experiência de privação de contato corporal com o bebê, conforme constata-se nos relatos de M1 e M4.

“...meu filho nasceu de 33 semanas, nasceu com um kilo quatrocentos e trinta, prematuro, pequenininho e ficou na UTI por alguns dias, [...]. Ele só ficou lá por conta realmente do peso e aí ele ficou ali por um tempo que foi um momento assim emocionalmente muito pesado, porque a preocupação era imensa, o meu bebê nasceu e eu não pude nem pegar no colo...”(M1).

“Eu passei nove dias sem poder pegar meu filho no colo, sem poder pegar meu filho no colo, entendeu!? [...] Então assim, a experiência é uma experiência única, eu acho que só quem ...; você assim com palavras ..., é só você sentindo, porque quem passa por essa experiência de ser mãe de prematuro sabe o que eu estou falando. Você acaba tendo medo de tudo, você acaba tendo medo assim das coisas, de doenças, você quer ver ele engordar, pegar peso, você quer ver logo ele crescer porque você ali tem ele antes do tempo. [...] Tem todo aquele trauma da UTI, é muito traumático ver o seu filho na UTI, não poder pegar ele no colo, entendeu?” (M4).

De acordo com Costa, Arantes e Brito (2010) são fatores preocupantes no estabelecimento de vínculo afetivo: a separação corporal e o contato físico esporádico e limitado entre mãe e bebê pré-termo na UTIN. Em seu estudo com doze mães, a experiência do contato corporal com o filho foi traduzida por elas como uma oportunidade de transmitir amor e carinho ao filho, minimizando sentimentos de preocupação e ansiedade. No entanto, foram evidenciadas nos relatos maternos condições limitantes para o estabelecimento do contato corporal como a restrição nos horários de visita, rotinas e procedimentos institucionalizados, falta de informação sobre como tocar e falta de estímulo por parte da equipe cuidadora.

Anjos (2012) ressalta que a impossibilidade do beijo, do abraço, e das carícias no colo rompe com as idealizações das funções maternas, levando a mulher a não se sentir completamente mãe. Neste sentido, Moreira et al (2009) destacam na mãe do bebê pré-termo a experiência traumática da ‘síndrome do colo vazio’, gerando um sofrimento psíquico que se agrava com a possibilidade real do filho não sobreviver.

No Método Canguru preconiza-se que o contato corporal seja feito pele a pele, entre mãe e bebê (ou outro familiar), através da posição canguru. Esse contato deve ser trabalhado na UTIN como algo progressivo e prazeroso, do toque até a posição, promovendo segurança materna e redução do estresse e privação do bebê pré-termo (BRASIL, 2013).

A culminância na posição canguru na UTIN envolve uma série de contatos e encontros entre mãe, família, bebê e equipe de saúde, onde vão sendo construídas possibilidades. No entanto, a densa demanda de cuidados tecnológicos e a rotina, ainda centrada na dimensão biológica, impera sobre essas possibilidades de encontros para construção de vínculos e contato corporal. Isso gera dificuldades na primeira etapa do Método Canguru, implicando em marcas nas narrativas de vida das mães. Com base no postulado teórico de Meleis, pode-se inferir que o contato corporal para a mãe do bebê pré-termo é um ponto crítico na transição.

Outros pontos críticos evidenciados nas narrativas maternas dizem respeito às mudanças de contexto de cuidado do filho vivenciadas desde a gestação, transcorrendo pelas mudanças de espaços assistenciais durante a hospitalização, a alta hospitalar e o pós alta. As falas de M9 e M11 mostram esses pontos críticos:

“Eu fiquei com muito medo porque ele ficou três meses no hospital, na UTI, e apenas três dias no Canguru. Foi muito útil o tempo que ele passou lá, mas eu ainda ficava insegura de

levar ele para casa e cuidar dele. Só que (pausa) fomos! Eu não fiquei nada feliz, porque eu estava com medo” (M9).

‘Em relação às consultas semanais no Canguru, elas me esclareceram muitas, muitas dúvidas. [...] Quando ela recebeu alta na segunda consulta, ainda faltavam duas consultas pela frente e ela recebeu alta porque ela estava indo bem. E eu fiquei muito insegura de não estar aqui (na terceira etapa) na semana seguinte, de saber se estava tudo indo bem mesmo, se ela estava evoluindo bem, se o perímetro cefálico dela estava certinho. Porque a gente vindo, a gente esclarecia muitas coisas, [...] essas dúvidas, elas acabaram sendo sanadas nas consultas no Canguru e eu senti muita falta delas porque a (nome do bebê) recebeu alta na segunda (consulta)’ (M11).

Dentre as mudanças de contexto de cuidado, a alta hospitalar é reconhecida por Frota et al (2013) e Duarte et al (2010) como um ponto crítico na experiência de mães de prematuros, visto que demarca um rompimento com a rotina vivenciada na instituição hospitalar e o início da adaptação aos cuidados e a nova rotina no domicílio. Os dias que antecedem a alta, bem como os primeiros dias que a sucedem devem ser alvo de atenção dos profissionais, tendo em vista a alta carga emocional para a mãe, que geralmente assume o papel de cuidadora principal, não contando mais com a presença constante dos profissionais de saúde.

Neste estudo, as mães narraram suas emoções e experiências com a gestação, com a alta hospitalar, com o término da terceira etapa do Método Canguru, com o retorno ao trabalho e o acompanhamento no primeiro ano de vida. Com base no postulado teórico de Meleis, pode-se inferir que todos esses eventos foram marcadores específicos de transições que se configuraram em desafios para a maternagem.

Alguns desses marcadores são inerentes ao cotidiano de qualquer mulher que se torna mãe (gestação, parto, retorno ao trabalho), entretanto, os mais recorrentes nas falas são específicos de mães de filhos pré-termos onde a mudança de contexto de cuidado (na UTI, na segunda etapa, na terceira etapa e no seguimento ambulatorial de primeiro ano) não acontece de forma planejada e integrada com a mãe. Geralmente, é determinada pelas rotinas e protocolos assistenciais, com a decisão centrada no

profissional. Percebe-se nas falas acima que essas transições de contexto no cuidado aconteceram de forma abrupta gerando insegurança e medo nas mães para vivenciar um novo ambiente com o filho.

Com base na natureza das transições, proposta por Meleis *et al* (2000), essas mudanças de contexto de cuidado podem ser classificadas como do tipo organizacional, uma vez que estão relacionadas a mudanças de ambiente que irão afetar a vida do indivíduo. Nesse sentido, o enfermeiro deve buscar avaliar as condições em que se desenvolve a transição, buscando uma compreensão abrangente da pessoa, de modo a conduzi-la a adquirir condições para uma transição saudável.

5.2.2 A experiência de aprendizagem no Método Canguru: adaptação para uma transição facilitada

Essa segunda categoria constituiu-se a partir das narrativas das mães no que se refere à base de aprendizagem, segurança e formação de vínculos vivenciada no Método Canguru que as possibilitou (re)significar as experiências junto ao filho pré-termo. Tais vivências são fruto, especialmente, da relação construída entre profissionais de enfermagem e a díade mãe-bebê durante o processo de cuidar e ser cuidado.

O Método Canguru tem como um dos seus objetivos a participação e envolvimento da família nos cuidados com o bebê, especialmente a mãe. Esse aprendizado deve ser promovido pela equipe cuidadora desde os primeiros encontros na UTI até o pós-alta, quando a mãe se defrontará com dúvidas advindas da demanda de cuidados no cotidiano e cenário domiciliar, na terceira etapa (BRASIL, 2013).

Um dos momentos que gera maior tensão é a alta hospitalar do filho pré-termo, devendo esta ser trabalhada de forma processual ao longo da internação (primeira e segunda etapas), estendendo-se para os primeiros cuidados em casa (terceira etapa). A aprendizagem pode reduzir a ansiedade e aumentar a autoconfiança materna, facilitando a adaptação.

Gonzalez e Epistia (2014), em seu estudo com 10 mães de bebês prematuros sobre o cuidado no domicílio, ressaltam que a alta hospitalar configura-se em um momento de felicidade, mas também de insegurança para os familiares, especialmente as mães, que se tornam principais cuidadoras. No entanto, o estímulo à participação precoce no cuidado ao filho gera segurança e possibilita a mulher uma maior identificação em seu papel materno. Nesse sentido, os mesmos autores destacam que

uma das principais estratégias facilitadoras é o Método Canguru, visto que propicia uma aproximação precoce e contínua entre pais (especialmente a mãe) e bebê, levando ao empoderamento para o cuidado.

Nas falas das mães deste estudo pode-se observar que a participação no Método Canguru foi a base para o aprendizado que as possibilitou a aquisição de segurança para maternar o filho.

De acordo com Meleis *et al* (2000) uma importante propriedade das transições é o empenhamento, que caracteriza o grau de envolvimento da pessoa no processo de transição, sendo este diretamente influenciado pelo nível de consciencialização. Isso significa que, quanto maior for a percepção da mudança e reconhecimento da experiência, maior poderá ser o empenhamento, traduzindo-se na busca de novos conhecimentos e formas de adaptar-se à nova situação.

Neste estudo, o desejo materno de cuidar, proteger, amar e ficar perto do filho, bem como, o desejo de aprender a cuidar e amamentar encontraram a possibilidade de concretização na segunda e terceira etapas do Método Canguru, através da relação de cuidado, ajuda e orientação promovida pela equipe de enfermagem, conforme pode-se notar nos trechos a seguir:

“Eu não tive muita dificuldade não, porque o tempo que eu fiquei no Canguru me ajudou bastante para o meu aprendizado para estar com ela em casa [...]. Enfim, no Canguru eu aprendi como amamentar corretamente, como, tentar descobrir as necessidades do bebê, [...] Os primeiros cuidados também, como limpar as narinas [...] a gente aprende como segurar o bebê direito, como colocar ele na posição mais confortável para ele poder se sentir melhor, para poder dormir melhor, entendeu!? Aprende a dar o banho com segurança, [...] a mãe fica apreensiva para poder fazer a limpeza, essa coisa toda, então no Canguru, esses medos foram se perdendo porque eu aprendi da maneira correta como fazer, me senti mais segura para poder estar fazendo em casa e uma vez aprendendo no Canguru, eu continuei praticando tudo isso em casa, foi o que me ajudou bastante” (M7).

“[...] ele conseguiu se desenvolver, ele conseguiu ganhar peso, eu aprendi a cuidar dele durante todo esse tempo, as enfermeiras foram incríveis no sentido do cuidar, do ajudar.”
(M1).

Tais afirmações encontram ressonância nos estudos realizados por Moreira et al (2009) e Heck et al (2016), sobre percepção materna acerca do Método Canguru onde as mães afirmaram que ter participado do Canguru as fez conseguir dar conta da tarefa de cuidar do filho prematuro. O Método foi visto pelas mulheres como facilitador da aproximação com o bebê, onde sentiram-se valorizadas por estarem participando ativamente da melhora do filho e referiram entendê-lo como fonte de aprendizado e segurança para os cuidados domiciliares após a alta, especialmente na segunda etapa, onde permaneceram em tempo integral ao lado do filho realizando os cuidados. Afirmaram que o Método Canguru as fez assumir ‘oficialmente’ o seu papel de mãe.

Araújo et al (2010) e Chagas et al (2011) enfatizam que o preparo e orientação recebidos pelas mães participantes do Método Canguru, especialmente aqueles fornecidos pela equipe de Enfermagem, são decisivos para o estabelecimento da segurança materna no cuidado ao bebê pré termo em domicílio.

Com base no postulado teórico de Meleis *et al* (2000) acerca da propriedade de empenhamento nas transições, pode-se inferir através das narrativas que o Método Canguru proporciona para a mãe do bebê pré-termo a possibilidade de uma transição com maior grau de consciencialização e, portanto, maior grau de empenhamento. Isso facilita o processo de aprendizagem sobre o cuidado do filho e conseqüentemente resulta numa maternagem mais saudável.

As mães participantes dessa pesquisa destacaram como principais cuidados aprendidos na segunda etapa do Método Canguru a higiene corporal, o posicionamento do bebê no colo e no berço, os cuidados anti-refluxo, administração de medicamentos e amamentação/ alimentação do bebê. Em todos esses cuidados, ficou evidente nas narrativas que as orientações e trabalho de apoio da equipe de enfermagem foram facilitadores do cuidado, da amamentação e da segurança materna em casa.

Souza et al (2014) em estudo realizado com cinco profissionais de enfermagem destacou também que a equipe significou o Método Canguru como um importante estímulo de ligação entre mãe e filho, no qual eles percebem a necessidade de valorizar e estimular o cuidado materno para aquisição de competência e confiança mesmo antes

da alta hospitalar. Os profissionais referiram aumento de sua própria segurança ao observarem a segurança da mãe no cuidado ao filho.

Esses achados encontram respaldo na Teoria das Transições proposta por Meleis (2000) quando a mesma enfatiza que os Enfermeiros cuidam de pessoas em fase de transição e o cuidado de Enfermagem deve além de preparar o indivíduo para o enfrentamento de transições iminentes, facilitar a aprendizagem frente a novas situações, visando a busca de uma transição saudável.

Isso remete para o importante papel que o Método Canguru desempenha enquanto modelo assistencial que facilita a transição do hospital para a casa. Nesse modelo, a enfermagem ganhou destaque nas falas das participantes deste estudo pelas atitudes de ajuda, carinho e acolhimento, com formação de vínculos para além do período de hospitalização. Essa relação entre profissional de enfermagem e a díade mãe-bebê tem repercussões para a maternagem no que se refere ao preparo emocional da mãe para ir para a casa e para o cuidado do filho. Os relatos de M6 e M1 evidenciam a importância dessa relação de cuidado com a Enfermagem:

“Eu nunca tinha ouvido falar do Canguru, então, em sair daquela UTI e poder ficar com a minha filha naquela sala, eu saber que eu podia dormir ali foi uma felicidade muito grande e assim, as enfermeiras foram muito acolhedoras. Não vou falar assim: ‘parece a minha casa’, porque não tem igual a casa da gente, mas me acolheram muito, me ensinaram muito. Eu acho que o carinho maior, tanto com a minha filha quanto comigo, foi em cuidar dela, em me deixar dormir coladinho com ela aquelas horas.” (M6)

“Esse momento no Canguru foi um momento assim, fantástico. Tanto que, quando eu cheguei em casa eu não senti tanta dificuldade. Claro que quando você chega em casa, são tantas recomendações, nada de muita visita, nada disso, nada daquilo, mas eu não senti tanta dificuldade porque eu já sabia como cuidar do meu filho, eu já sabia o que eu devia fazer, já sabia quais eram as coisas que eu devia ter cuidado, o que eu devia evitar. Então, assim, para mim não foi difícil [ênfase]. Emocionalmente falando também não, porque eu acho que, o

que eu vivi de emoção durante esse tempo que eu fiquei na maternidade me preparou também para a chegada em casa. A chegada em casa foi mais tranquila.”(M1)

Os trechos acima geram importantes reflexões acerca do papel do acolhimento, delineado pelo Método Canguru e proporcionado pelo profissional de Enfermagem, numa relação de cuidado na qual fica evidente para a mãe suas possibilidades de aprendizagem e superação das dificuldades impostas pela prematuridade. Nessa relação acolhedora, o profissional não se apresenta como detentor único do conhecimento, mas assume uma função de facilitador, permitindo que a mãe se descubra na maternagem, desenvolvendo seu potencial no cuidado para a transição para o domicílio.

Vilelas et al (2014) em sua revisão integrativa buscou compreender a forma como os enfermeiros gerem as emoções nas interações RN/pais em contexto de prematuridade, destacando a emocionalidade no ato de cuidar. Esta consiste em interações repletas de calor humano, carinho e ressonância afetiva, ou seja, o enfermeiro utiliza-se do recurso comunicacional para promover uma experiência humana de cuidado que é terapêutica. Os autores ainda destacam que essa gestão emocional faz com que os pais reconheçam o enfermeiro como um elemento importante de referência nos cuidados ao bebê.

Esse acolhimento relacional com a equipe de enfermagem proporciona a formação de vínculos que vão além do período hospitalar e possuem influência no desenvolvimento da terceira etapa e até mesmo após o término do Método Canguru. As mães destacaram em suas narrativas a importância das consultas de terceira etapa para a segurança no cuidado em casa, busca de orientações e o acompanhamento do peso e desenvolvimento do filho, conforme os trechos das narrativas de M10 e M11:

“O Método Canguru me ajudou por ele ser o primeiro filho. Eu aprendi bastante coisa que eu não sabia, não tinha conhecimento e o pós Canguru (terceira etapa) também foi assim, bastante espetacular por causa do medo e da insegurança que a gente sai porque, no Canguru você tem alguém para auxiliar, para te ajudar e em casa geralmente a gente fica sozinha, a mãe e a criança” (M10).

“Em relação às consultas semanais no Canguru, elas me esclareceram muitas, muitas dúvidas! Em relação ao perímetro cefálico eu tinha muita preocupação e sempre que a gente vinha elas pesavam a (nome do bebê), mediam o perímetro cefálico, o comprimento, se ela tinha crescido, se ela tava indo bem, se desenvolvendo bem e isso me dava muita segurança [...] até o fato dela ter cólicas e a gente saber que nesse período ela teria mesmo. Essas dúvidas, elas acabaram sendo sanadas nas consultas no Canguru...” (M11).

Borck e Santos (2012) enfatizam que a terceira etapa exige diferentes modos adaptativos da família e a enfermeira deve valorizar a escuta buscando facilitar a expressão de sentimentos e dúvidas para favorecer um cuidado que seja adequado às necessidades do bebê. Nesta etapa os pais desejam desenvolver competências e para isso focam nas orientações de enfermagem, que devem promover a construção de metas e avaliação em conjunto, valorizando o saber da família.

Os autores ainda destacam que a enfermeira tem um papel de referência no que tange ao suporte para o exercício do cuidado no ambiente domiciliar. As consultas podem ser enriquecedoras quando se oportuniza aproximação e compartilhamento de histórias, servindo como base para a resolução das inquietações maternas, envolvendo medo e insegurança.

Os profissionais de enfermagem no Método Canguru podem, junto da família ampliada e outros grupos, integrar uma importante rede de apoio para a mãe do filho pré-termo. Isto por sua vez, encontra ressonância no conceito de comunidade e sociedade como condicionantes que podem facilitar ou inibir transições, destacado na teoria de Meleis (2000).

Outro tema a ser destacado nesta categoria é que através do Método Canguru, as mães deste estudo vivenciaram experiências de (re)significação, implicadas no processo de maternagem de seus filhos envolvendo três aspectos: a fé em Deus como marca na narrativa de vida com o filho, a sua condição de mãe de prematuro, e a posição canguru. As falas abaixo evidenciam tais aspectos:

“Eu nunca, nunca me imaginei naquela situação e ver que aquilo (referindo-se à posição canguru) é um milagre, que

aquilo lá tem um (pausa, pensativa), tem um efeito. Você colocar o seu filho e o seu filho crescer e engordar, sei lá, é mágico, é mágico (voz embargada)! [...] colocar foi maravilhoso porque é mágico! Eu ficava às vezes mais de uma hora com ela. No dia que eu fiquei o maior tempo com ela eu achei que, que eu não ia conseguir sair naquela semana, e ela engordou acho que foi 400 ou 600 gramas, não sei. Esse dia eu falei: meu Deus! [...] No dia que eu deixei ela mais tempo dentro de mim, grudado comigo, ela engordou muito (risos)” (M6).

“Olha, a minha relação, assim com meu filho depois que saiu da maternidade, do Canguru, é dia após dia, porque não era o meu primeiro filho, eu já tinha uma filha, mas era mãe de primeira viagem de prematuro, então me assustava um pouco, entendeu!? Porque muito pequenininho, muito vulnerável a vírus, [...] era aquele cuidado todo, e fui aprendendo, fui vencendo o medo e fui pegando experiência, e graças a Deus, hoje ele já está com nove meses, está bem, com muita saúde. [...] Mas, ser mãe de prematuro é..., não é fácil! É uma experiência que a gente vai aprender, aprendendo as coisas, os aprendizados você nunca vai esquecer, nunca vai esquecer. Não, não é fácil para mãe nenhuma, mas como Deus dá o peso conforme a gente pode carregar, a mãe sempre dá um jeitinho e a gente acaba vencendo os obstáculos, é isso. [...] Eu adoro ser mãe, eu me dedico muito a meus filhos, então o (nome do bebê) veio para me ensinar muita coisa (voz embargada) porque a mãe de prematuro, não desmerecendo as outras, mas ela é guerreira, ela é guerreira, entendeu!?” (risos)” (M4).

Os trechos acima trazem narrativas ricas em emoções e significados, que traduzem uma nova postura da mãe diante de seu olhar sobre sua transição no cuidado com o filho pré-termo. Destacam-se nestes relatos o sentido atribuído ao potencial da posição Canguru e ao alento proporcionado pela fé em Deus para suportar os momentos difíceis da prematuridade.

No estudo de Costa et al (2014) sobre as vivências maternas no Método Canguru, as mães destacaram alegria indescritível e emoção relacionadas à posição canguru, permitindo-lhes atribuir novos significados tais como ter o filho mais próximo, transmitir mais amor e carinho, sentindo-se novamente um só. Esses dados encontrados corroboram com os significados atribuídos pelas mães deste estudo, sendo interessante destacar que a relação mãe bebê, através da posição canguru, remete à unicidade proporcionada pelo ambiente intrauterino.

Vera, Vieira e Moraes (2010), em seu estudo com oito mães participantes do Método Canguru constataram que a espiritualidade serviu de suporte para o enfrentamento das dificuldades e medos advindos da situação de prematuridade do filho. Em suas falas, as mulheres destacaram que através da fé em Deus, expressada pela religiosidade, conseguiram encontrar força, amparo, esperança, alívio diante da realidade vivenciada, muitas vezes longe da rotina familiar e do convívio social. Este achado corrobora com os resultados encontrados no estudo de Anjos et al (2012), no qual as mães relataram a importância que teve a espiritualidade no conforto diante da difícil situação que vivenciaram.

Com base nos estudos citados, os resultados do presente estudo permitem inferir que a espiritualidade pode influenciar positivamente as mães no enfrentamento da transição, uma vez que através da fé em Deus e das práticas religiosas conseguiram atribuir significados às experiências vividas, o que facilitou a adaptação a situação vivenciada.

Meleis (2000) enfatiza que as transições apresentam como propriedade que as tornam essenciais à sua experiência, a mudança e a diferença. A primeira culmina na adaptação da pessoa a novos papéis e situações. No entanto, a diferença resulta numa nova visão da situação vivenciada e do mundo. Isso envolve um processo de (re)significação dos eventos de vida e serve como ponto de avaliação do Enfermeiro no tocante ao nível de conforto e domínio do indivíduo para lidar com mudanças.

5.2.3 A maternagem do filho pré-termo: desafios para aquisição da maestria para o cuidado em casa

Essa terceira categoria constituiu-se a partir das narrativas das mães no que se refere aos desafios para a maternagem em casa. É no domicílio que a mãe se depara com a realidade da demanda de cuidados do filho e, portanto, é neste cenário que surgem ou mesmo perduram dificuldades, medos e inseguranças relacionadas à saúde do bebê, amamentação e capacidade materna de cuidar e lidar com intercorrências do prematuro.

Diante dessa realidade, a mãe se sente desafiada a responder com eficiência às demandas de cuidado que resultem num crescimento e desenvolvimento saudáveis. Suas respostas adaptativas denotam uma vida cotidiana, muitas vezes solitária, na qual o filho ocupa o primeiro lugar, impondo-lhe necessidade de tomar decisões e assumir os riscos ou benefícios resultantes. Assim, para a mãe do bebê pré-termo a transição não se encerra com a alta hospitalar, mas ela perdura durante sua aquisição de habilidades e segurança na maternagem no domicílio.

Souza et al (2010), em um estudo com vinte e quatro mães de bebês prematuros, sobre a vivência no cuidado com os filhos após a alta hospitalar, destacaram que as mulheres relataram sentimentos de medo e insegurança por serem as principais cuidadoras no domicílio e não contarem mais com a presença da equipe do hospital. Referiram considerar os bebês ainda frágeis e que o retorno à rotina de afazeres domésticos dificultou a continuidade do contato pele a pele em casa.

Tais relatos vão de encontro aos resultados encontrados nas pesquisas de Anjos et al (2012) e Frota et al (2013) com relação aos cuidados maternos aos prematuros no pós alta hospitalar, onde as mães descrevem sentimentos semelhantes ao mencionados pelas participantes dos estudos citados acima.

Uma das questões mais destacadas nas falas das mães deste estudo foi a amamentação ou alimentação do filho pré-termo como um processo que envolve uma transição, pouco delimitada na questão temporal, entre hospital e casa, uma vez que algumas dificuldades perduram. A amamentação é vivida como uma experiência que envolve emoções e desejos, mas também dificuldades relacionadas à prematuridade, volume do leite, falta de ajuda, alta demanda em situação de gemelaridade, insucesso na estimulação, desgaste, estresse e insegurança quanto ao tempo/volume de mamada. Envolve ainda importantes decisões maternas sobre manter a exclusividade ou ofertar

outro leite em casa, através do copinho ou mamadeira. Nos trechos de M12 e M8 é possível observar a singularidade dessas experiências:

“Sobre o mamá deles, eu optei pela chuquinha mesmo, a mamadeira. No copinho eu tinha receio de dar porque a menorzinha tinha sempre engasgado no copinho, então eu optei por dar na mamadeira. E eles, por serem gemelares, eu não tinha tempo de estar muito tempo tentando no copinho porque no copo era mais demorado e quando sentiam fome, sentiam os dois iguais, [...] no mesmo horário os dois acordavam, tomavam o leite no mesmo horário, então não tinha como passar o tempo só no copinho e o meu leite materno secou quando eu estava na maternidade. Não tive, tentei estimular várias, várias vezes, mas foi secando, secando, então, eles só tomaram o leite da fórmula mesmo” (M12).

“Em relação à dieta das meninas, eu tinha medo porque aqui (no hospital) além de ser na sondinha, [...] tinha ajuda de todo mundo. Mas, com o tempo, acho que o melhor mesmo foi o aleitamento materno porque eu deixei de dar dieta (referindo-se à fórmula). Elas mamavam mais o seio mesmo, aí mudamos do hospital, do Canguru para a casa. Mesmo porque, a dieta (fórmula) como elas tomavam no copinho, infelizmente elas não pegaram chucha. Mais era o seio materno!” (M8).

Em estudo de Souza et al (2010), sobre vivências maternas com o prematuro, a alimentação do bebê no domicílio foi considerada a principal dificuldade a ser enfrentada sendo um dos motivos de insegurança e preocupação por parte das mães. Em estudo quantitativo de Cabral e Rodrigues (2006), também foi destacado um elevado índice de abandono da amamentação exclusiva no domicílio, denotando que o Método Canguru possui forte potência para iniciar e estabelecer a amamentação nas fases hospitalares, porém vem apresentando limitações em sua manutenção na terceira etapa que é a fase pós-alta.

Melo et al (2013) também evidenciaram em pesquisa sobre amamentação de prematuros em UTIN e no pós-alta, que todas as mães, primíparas ou múltíparas, experienciaram insegurança em relação à alimentação dos bebês no domicílio. No

mesmo estudo, o aleitamento misto foi o mais utilizado para alimentar o prematuro, o que foi justificado pela dificuldade de ganho de peso e cansaço materno que levou a redução da produção láctea. Outro fator de destaque neste estudo foi a opção pelo uso da mamadeira para complementar a alimentação.

Esses achados da literatura também se fizeram presentes nesta pesquisa, onde as mães no retorno de seus afazeres domésticos, muitas vezes solitárias, encontraram dificuldades para manter o aleitamento exclusivo. Ademais ficou evidente o risco que existe no domicílio para o desmame precoce em virtude da vulnerabilidade dessa mãe, principalmente pela dificuldade de rede de apoio e insegurança.

Dentre as transições destacadas por Meleis como as que tornam os indivíduos mais vulneráveis, pode-se notar que a mãe do filho pré-termo encaixa-se na que se refere à experiência de transição relacionada a doenças (diagnósticos e tratamentos) e desenvolvimento de processos de vida (gravidez, nascimento, parentalidade). Ambas trazem em si uma carga emocional intensa, com risco para desgaste físico e/ou psíquico devido às demandas de vínculo prolongado com serviços ou profissionais de saúde e maior suscetibilidade do bebê a doenças e alterações no desenvolvimento. Ademais acresce-se a cobrança de desempenho no cuidado infantil ainda centrada na figura materna, tanto no ambiente familiar, social e nos serviços de saúde.

Tal situação implica, portanto numa vulnerabilidade que pode ser compreendida como um potencial para adoecimento influenciado por condições de ordem individual, social ou ainda institucional. Estas por sua vez, alertam para a busca de dispositivos ou condições de proteção contra o adoecimento (AYRES *et al.*, 2003).

No contexto das mães com filho pré-termo neste estudo, as narrativas permitiram destacar as seguintes condições de vulnerabilidade: Fragilidades na rede de apoio para o cuidado em casa, isolamento em casa, desgaste físico e emocional da cuidadora (mãe), cuidados infantis centrados na figura materna, sono prejudicado pela demanda de cuidados noturnos e insegurança/medo, inexperiência do pai e demais familiares para o cuidado do filho pré-termo em casa, dificuldades de deslocamento (falta de ajuda, desconforto ou dor e distância) para o serviço de saúde, demanda de cuidados especiais e reconhecimento de sinais de alerta do bebê pré-termo em casa, e, mudança de planos e rotina de vida da mãe para cuidar do filho. Nos relatos abaixo é possível identificar algumas dessas vulnerabilidades:

“Lá no Canguru é bem mais fácil porque, como são duas as minhas, são dois bebês, vocês ajudavam muito a gente. E eu

sozinha em casa..., porque meu marido ele me ajuda pra caramba, só que no início ele era muito inexperiente, então ele não sabia, então eu tinha que estar sempre presente em todos os momentos que ele fosse fazer qualquer coisa, [...] pra mim o dia inteiro é ficar com elas, não faço mais nada a não ser ficar com elas [...] Eu vivo para minhas filhas [...] Eu não faço nada o dia inteiro, só cuidando delas, só cuidando delas vinte e quatro horas por dia. Bem, cuidar de dois bebês é muito complicado, [...]é muito cansativo, é muito, é muito! A gente ganha muito, eu fico muito feliz com as minhas filhas, ainda mais quando elas sorriem pra mim, mas é muito cansativo! Tem dia que eu não tomo banho durante o dia, eu vou tomar banho quando meu marido chega, depois que ele toma banho, depois que ele janta e aí ele fica com as meninas, aí é que eu vou tomar um banho e é em banho assim de cinco minutos porque, como são duas eu tenho medo de ele não dar conta de ficar com as duas ao mesmo tempo. Comer, eu só como comida fria e totalmente fora dos horários, tem dia assim que eu estou.... Ó hoje eu acordei duas e meia da manhã e estou até agora acordada” (M2).

“Eu não tive em casa ajuda de ninguém. Era eu mesma para estar tomando conta de quatro crianças, para dois recém-nascidos prematuros e dois pré-adolescentes. Então, ficava muito difícil de até estar tentando estimular o leite materno, mas o psicológico teve muita influência. O psicológico porque era preocupação com os prematuros, preocupação com os pré-adolescentes e como eu não tinha família para estar me ajudando, eu segui sozinha para cuidar deles” (M12).

Para Moraes, Quirino e Camargo (2012) a sobrecarga da mãe do prematuro no domicílio pode ser de ordem física e emocional. A primeira ligada as diferentes atribuições domésticas, cuidados de outros filhos e amamentação, já a de ordem emocional, envolve especialmente o isolamento e a falta de rede de apoio. A inserção do

filho pré-termo na rotina domiciliar exige reestruturação por parte da família, o que pode gerar estresse materno, podendo levar a sintomas de depressão e ansiedade.

Tais situações de vulnerabilidade podem gerar a sensação de medo e insegurança, muito comum em mães de bebês pré-termo. O medo na maternagem pode estar presente em diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal, no entanto, nessas mães, ele se potencializa pela situação de risco que envolve o nascimento, a sobrevivência e o desenvolvimento do filho em longo prazo. Dúvidas e inseguranças podem perdurar mesmo após a diminuição do risco ou mesmo na sua ausência, o que por sua vez, acaba marcando a forma como a mãe vê e cuida de seu filho durante a vida.

Souza et al (2010) em estudo com mães nos primeiros 30 dias pós-alta do bebê, identificaram sentimentos negativos nos primeiros dias em casa, com destaque para a preocupação e medo de não saber cuidar e alimentar o filho e de problemas relacionados à saúde. A insegurança foi fortemente evidenciada, recaindo sobre a mãe o peso da responsabilidade pelo sucesso do cuidado em casa.

Frota et al (2013) ressalta que a ida para o domicílio rompe com o mundo da internação e representa o retorno às situações do contexto domiciliar. Segundo os autores o medo pode estar associado a internação prolongada e ao fato das mães associarem o prematuro a uma criança frágil e muito susceptível a intercorrências. Esse medo pode influenciar o desenvolvimento dos cuidados maternos, pois os autores destacaram que as mães apresentavam medo de manusear o filho, medo dele parar de respirar, de adoecer, de colocar para dormir, dentre outros.

Neste estudo, as mulheres evidenciaram em suas narrativas um forte medo relacionado à maternagem durante a fase hospitalar, mas de forma mais densa, no cuidado ao filho em domicílio. Os medos mapeados neste estudo foram: medo da perda do filho (por morte), de complicações no desenvolvimento e alterações no peso do bebê no hospital, de intercorrências em casa (resfriado, perda de peso, infecções, bactérias, resistência a antibióticos, viroses, transmissão de doenças, refluxo, hipoglicemia, apneia, pneumonia), de receber visitas, de contaminação do ambiente, de deixar o filho sozinho e da reinternação do bebê (que é destacado por uma das participantes uma perda, como se o filho fosse tirado dela) e medo de não ser uma “boa mãe, de “não dar conta”.

Todos esses medos, pelo que se pode observar nos relatos, estão relacionados ao fato de que a mãe vê o bebê pré-termo como vulnerável, indefeso e frágil e interferiram negativamente na experiência de prazer da maternagem e na forma de cuidar.

As falas de M14 , M 9 e M 3 evidenciam essa situação de medo:

“O meu nervosismo foi causa do dextro® dela e o medo era de não dar o leite pra ela no tempo certo, dar os cuidados dela que eu aprendi no Canguru; fiquei com medo do dextro® dela dar baixo, o açúcar no sangue, e não saber qual seria a minha reação [...] (M14).”

“[...] quando ele ia pra consulta ou no Canguru ou com a pediatra ao longo desse primeiro ano, o medo maior que eu tinha era de chegar lá e ele não ter ganhado peso, dele não tá bem, de verem que ele tava (pede desculpas, pois está começando a chorar) com alguma dificuldade, que eu não tava cuidando direito, então, assim, me assustava a ideia de tirarem ele de mim! (referindo-se ao medo de reinternação) [...] Eu hoje eu vejo fotos e eu vejo como ele era lindo, como ele era fofo, gostoso e tal, que eu amei, que eu cuidei, mas, que sempre com muito medo, então eu perdi momentos de curtir, de ser feliz, de “babar” o meu neném porque eu estava com medo de não estar atenta e deixar passar algum problema(M9).”

“[...] medo a gente sempre fica, né, por ser prematuro, por ser ainda pequenininho[...] (M3).”

Morais, Quirino e Camargo (2012) ressaltam que a imagem que a mãe tem de um bebê especial, por sua vulnerabilidade e pela possibilidade de sequelas no desenvolvimento, podem direcionar suas atitudes, num padrão compensatório. Isso significa que a mãe busca, em seus cuidados, um zelo extremo que pode alterar seu relacionamento com o filho e até mesmo deste com a família. Esta relação permeada pelo medo pode ser estressante, privando a mulher do prazer relacionado à maternagem.

As estratégias de lidar com o medo e suprir de forma eficaz as necessidades do filho em casa são a manutenção da rotina aprendida no espaço hospitalar, na segunda etapa do Método Canguru e um cuidado materno extremamente criterioso, sistemático e carregado de tensão, com reflexos para o relacionamento familiar e social. Nos relatos a seguir nota-se tais estratégias:

“A rotina eu não mudei não. Nós só mudamos do Canguru pra casa, mesmo porque a dieta (referindo-se ao complemento), como elas tomavam no copinho [...] era mais no seio materno. A posição Canguru eu treinava em casa justamente pra elas não perderem peso. Fazia higienização, não dava o banho completo, porque chegaram com o peso baixo ainda[...]então os cuidados eram redobrados e, além da posição, higienização, era o seio materno, era o copinho e assim por diante.A rotina nós só mudamos de local mesmo (referindo-se a ida do Canguru para a casa)[...] A rotina se manteve.Eu lembro que até o berço eu colocava na posição com rolinhos pra deixar elas com a cabeça bem elevada como eu aprendi aqui[...] até a posição delas no berço eu mantive como era no Canguru (M8)

“[...] Depois de uns dias a gente descobriu que ele chegou mole porque tava morrendo de calor porque eu no meu excesso de zelo encapotei ele demais e não quis ligar o ar do quarto porque eu tinha muito medo dele ter uma pneumonia, qualquer complicação respiratória e aí, Rio de Janeiro, ele tava “assando” todo empacotado[...] meu mundo nesse quadro de não muito estável era (repete várias vezes o nome do bebê) ele tem que tá vivo,ele tem que ficar bem, pelo amor de Deus gente lava essa mão! Eu fui até em alguns momentos indelicada com minha mãe porque se pegasse nele sem lavar a mão eu achava que podia passar alguma doença pra ele. Eu botei máscara em qualquer um, sendo que tinha pouca gente em casa mas, dos poucos que tinham, quem eu pensei que pudesse estar resfriado ou fizesse um (imita som feito por quem está com o nariz entupido) com o nariz já tava de máscara, porque eu morria de medo dele ter alguma coisa. Foi um cuidado um pouco exagerado(M9).”

Acerca das orientações sobre manejo e cuidado do bebê prematuro em casa, Couto et al (2014) destacam como os mais comuns aqueles relacionados ao controle de

visitas, alimentação, banho, sinais de alerta e as intervenções a serem realizadas em cada caso. Esses cuidados são fundamentais e por isso bastante enfatizados pelas equipes de saúde, especialmente nas orientações de enfermagem.

Neste contexto de transição ao domicílio, Couto e Praça (2012) destacam que as mães tendem a reproduzir os cuidados aprendidos na Unidade Neonatal. As mães relataram durante a internação observar atentamente o manejo e receber informações das enfermeiras, que algumas vezes também demonstravam o cuidado. Essa aprendizagem na fase hospitalar foi a principal base pela qual a mãe do bebê prematuro desenvolveu o cuidado no domicílio.

Com base nesses achados da literatura e nos resultados da presente pesquisa, pode-se inferir que a repetição da rotina de cuidados aprendida no hospital é uma experiência importante para a mãe nos primeiros dias no domicílio, porém é importante que no seguimento pós alta, o enfermeiro ajude a mulher a buscar progressivamente estabelecer sua própria rotina, tomar decisões com base nas observações das necessidades do filho, identificar possíveis fontes de apoio e sentir-se segura.

De acordo com Meleis *et al* (2000) as transições podem ser facilitadas ou inibidas de acordo com a disponibilidade de apoio que o indivíduo encontra de grupos como familiares, comunidade, sociedade e ainda no contexto sociocultural no qual desempenha seu papel. Neste sentido, podem surgir dificuldades para lidar com situações novas e desconhecidas e para responder com estratégias de enfrentamento. No caso das mulheres deste estudo, nota-se que a transição do hospital para a casa com o filho pré-termo foi dificultada por essas condições destacadas na Teoria de Meleis, gerando vulnerabilidade para o desenvolvimento de uma maternagem saudável.

É possível também notar que esse aspecto do apoio à mãe que cuida de um filho pré-termo é tão crucial para a maternagem que as mães deste estudo referiram sentir muita falta do apoio que recebiam de profissionais de enfermagem. Elas compararam a disponibilidade de ajuda que tinham no cenário hospitalar com o desamparo que vivenciaram no cenário domiciliar:

“É porque é aquela insegurança, porque o meu bebê teve refluxo, então quando ele colocava muito leite pela boca e pelo nariz de uma vez só, e eu estava no Canguru, eu olhava para um lado, olhava para o outro, e tinha alguém ali para me socorrer. E em casa que eu achava que ele estava se sufocando? Então, eu queria desesperadamente ter uma Enfermeira ali comigo,

entendeu!?[...] E não ter a tal da Enfermeira, aquela pessoa que sabe cuidar, aquela pessoa que está preparada ali, que estuda, que viveu, que sabe como cuidar, em casa, você olha para o lado e é você! Você tem que fazer pelo seu filho! O seu filho está tendo um refluxo, não tem a Enfermeira ali para te amparar, é você! Você vai ter que fazer aquilo que foi passado para você, aquilo que foi explicado, e você tem que encarar! A questão é fé de que tudo vai dar certo e até aqui tudo está dando. A gente consegue! (M5)”.

“[...] porque aqui eu estava com o cuidado das amigas, as enfermeiras, e em casa eu me senti sozinha, eu, meu esposo e ela [...] Sozinha em relação de não ter as nossas enfermeiras ao nosso redor (M14)”.

“Eu senti falta do Canguru porque tinha sempre alguém para me ajudar a dar o leite, dar o remédio, até porque são duas. Teve uma época que eu cheguei em casa, na primeira semana, que eu fui dar o remédio, eu dei o remédio a uma pensando que era a outra, duas vezes. [...] Sempre eu lembrava do Canguru porque eu estava lá sozinha (referindo-se à casa) (M13)”.

A literatura tem descrito a importância da rede social de apoio para a mãe do prematuro referindo-se a esta como um recurso eficaz no enfrentamento da vulnerabilidade social, advinda de um evento que modifica a dinâmica familiar. As fontes de apoio referidas, em geral, são representadas por familiares, amigos, vizinhos, instituições e profissionais (equipe multidisciplinar do hospital, professores, dentre outros). No entanto, o amparo advindo de familiares mostra-se o mais eficaz no que diz respeito à adaptação dos pais (especialmente a materna) à nova realidade. Nos estudos, o apoio das avós tem se destacado como base para a segurança e exemplo para o estabelecimento de confiança materna (SIMIONI, GEIB, 2008; COUTO, PRAÇA, 2012; ANJOS et al 2012; FROTA et al 2013).

Em contraposição, a falta ou fragilidade da rede de apoio, que emergiu nos dados do presente estudo, também são destacadas na literatura como fonte de estresse,

solidão e sentimentos de decepção e incapacidade por parte das mães. Essa fragilidade de apoio é destacada para além do domicílio, sendo percebida pelas mães também no que se refere aos profissionais e instituições para o cuidado do filho. Neste aspecto, destacam-se queixas de falta de informação/orientação, dificuldade de acesso e falta de articulação entre serviços de saúde (SIMIONI, GEIB, 2008; MORAIS, QUIRINO, CAMARGO, 2012).

Ainda, com base no referencial teórico, as transições possuem um sentido de movimento, podendo não ser bem delimitado, mas que necessariamente inclui um episódio que pode deflagrar um período de confusão e estresse (REBELO, 2014).

Neste estudo, as narrativas de vida possibilitaram identificar que, após a alta hospitalar, o período de maior tensão emocional para as mães na transição é o dos primeiros dias e meses em casa, que demarcam para elas o início de seu protagonismo no cuidado do filho e o peso da responsabilidade que lhe é imputada social e culturalmente. Em casa, a ausência da tecnologia presente durante o período hospitalar e a falta dos profissionais também contribui para o aumento da ansiedade e tensão nos primeiros dias.

Nos relatos de M8, M11 pode-se evidenciar a significação das mães em relação a este período:

“Acho que o primeiro dia (referindo-se em casa) foi desesperador porque no Canguru tinha todo mundo ajudando, as enfermeiras, que acabam se tornando as melhores amigas da gente. Mas, durante o tempo que a gente ficou internada, eu e as meninas, foi bem tranquilo. Eu aprendi muita coisa com vocês, de verdade. Então assim, o primeiro dia é totalmente inseguro, eu fiquei totalmente insegura (M8)”.

A gente acaba ficando preocupada demais e acordando por muitas vezes na madrugada para ter certeza de que está tudo bem, de que a criança está respirando bem, de que ela não está fazendo apneia, de que está tudo certinho. Aqui (referindo-se ao hospital), qualquer coisa o monitor..., qualquer coisa de errado o monitor apitava e isso te passava uma segurança muito grande, você conseguia dormir melhor, você fazia tudo com uma tranquilidade porque você sabia que se ocorresse alguma

alteração com a criança ele, automaticamente, te informaria, o que não acontece em casa. Então eu senti muita falta do monitor. É muito inseguro por conta disso, mas agora vai melhorando, com o tempo vai passando e vai melhorando (M11)”.

Os primeiros dias em casa também são destacados pela literatura como um período crítico, carregado de maior tensão emocional para a mãe, visto que, geralmente é a principal cuidadora e se depara com a necessidade de tomada de decisão, sem o apoio recebido no hospital. Especial destaque foi dado para a primeira noite em casa, sendo essa experiência angustiante e demandando total dedicação materna. Significados como ‘a pior noite da vida’ denotam a carga emocional envolvida na tensão do cuidado ao filho. Os primeiros trinta dias em casa são os mais críticos em termos de adaptação. (EPISTIA, GONZÁLEZ, 2008; GONZÁLEZ, EPISTIA, 2014; SOUZA et al 2010).

Através dos depoimentos é possível confirmar o postulado teórico de Meleis (2000) quando a mesma afirma que toda transição envolve movimento. No caso deste estudo, após os primeiros dias ou meses em casa, as mães alcançaram um período de ajuste e reformulação de ideias ou condutas. O tempo, de natureza cronológica e afetiva, bem como a experiência vivenciada junto ao filho pré-termo em casa foram determinantes para esse movimento de transição, levando-as ao que Meleis chama de novo começo ou de período de estabilidade. As narrativas das mães evidenciam tais aspectos:

“[...] Eu já acordo às vezes que ela reclama, eu acabo acordando, fora isso tem as vezes que a gente acorda pra ver se tá tudo bem mas, agora já não acontece com tanta frequência porque a gente acaba adquirindo uma certa segurança e eu só acordo mesmo quando ela resmungo, quando ela reclama[...] você já não se preocupa tanto porque você vê que está tudo bem, que a criança vai evoluindo bem, então você acaba adquirindo uma certa tranquilidade[...] (M11)”.

“[...]aos poucos a gente vai aprendendo a sentir, a gente vai aprendendo a pegar sem medo, a trocar fralda, fazer a higiene

dele com mais cuidado, porque antes não, antes era aquele banho desesperador que você queria que acabasse logo, era um tormento a hora do banho! Porque você tava ali sozinha com seu filho e depois não, depois você vai pegando a confiança, segurança e aí tudo flui(M5)”.

“[...] graças a Deus o meu medo a cada dia que passa vai diminuindo mais quando vejo que ela está crescendo, que ela está ficando mais forte, que ela está rindo! Quando ela deu o primeiro sorriso pra mim eu falei: ah, nunca mais ela morre!(risos, lágrimas nos olhos), entende!?Então, pra mim tá tudo tranquilo agora (M2).”

A conquista da segurança com o tempo de cuidado ao filho em casa também foi um achado importante na pesquisa de González e Epistia (2014) quando as mães relataram que se sentiram mais confiantes em sua capacidade de cuidar à medida em que viam os resultados positivos no crescimento e no desenvolvimento do filho. Com o passar dos primeiros dias e meses, a mulher tende a se adaptar, realizando mudanças necessárias para adequar seu papel de mãe de prematuro à rotina de vida. Por fim, o alcance de uma identidade materna se dá quando a mulher consegue interiorizar suas experiências de maternagem, de modo harmonioso, sentindo-se competente e confiante para prosseguir.

Neste contexto, cabem os conceitos de indicadores de processo e resultado estabelecidos no modelo explicativo da Teoria das Transições de Meleis (2000) que se referem à busca de transições saudáveis. No que diz respeito ao processo de transição, os indicadores são: sentir-se ligado, interagir, situar-se e desenvolver confiança. Com relação aos indicadores de resultado pode-se dizer que são sinalizadores de que o indivíduo está conseguindo passar pela transição de forma saudável. São eles: maestria (domínio de habilidades para lidar com novas situações) e integração fluida de identidade (reformulação da identidade como resultado da adaptação à nova situação).

CAPÍTULO 6

APLICAÇÃO DO MODELO DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS

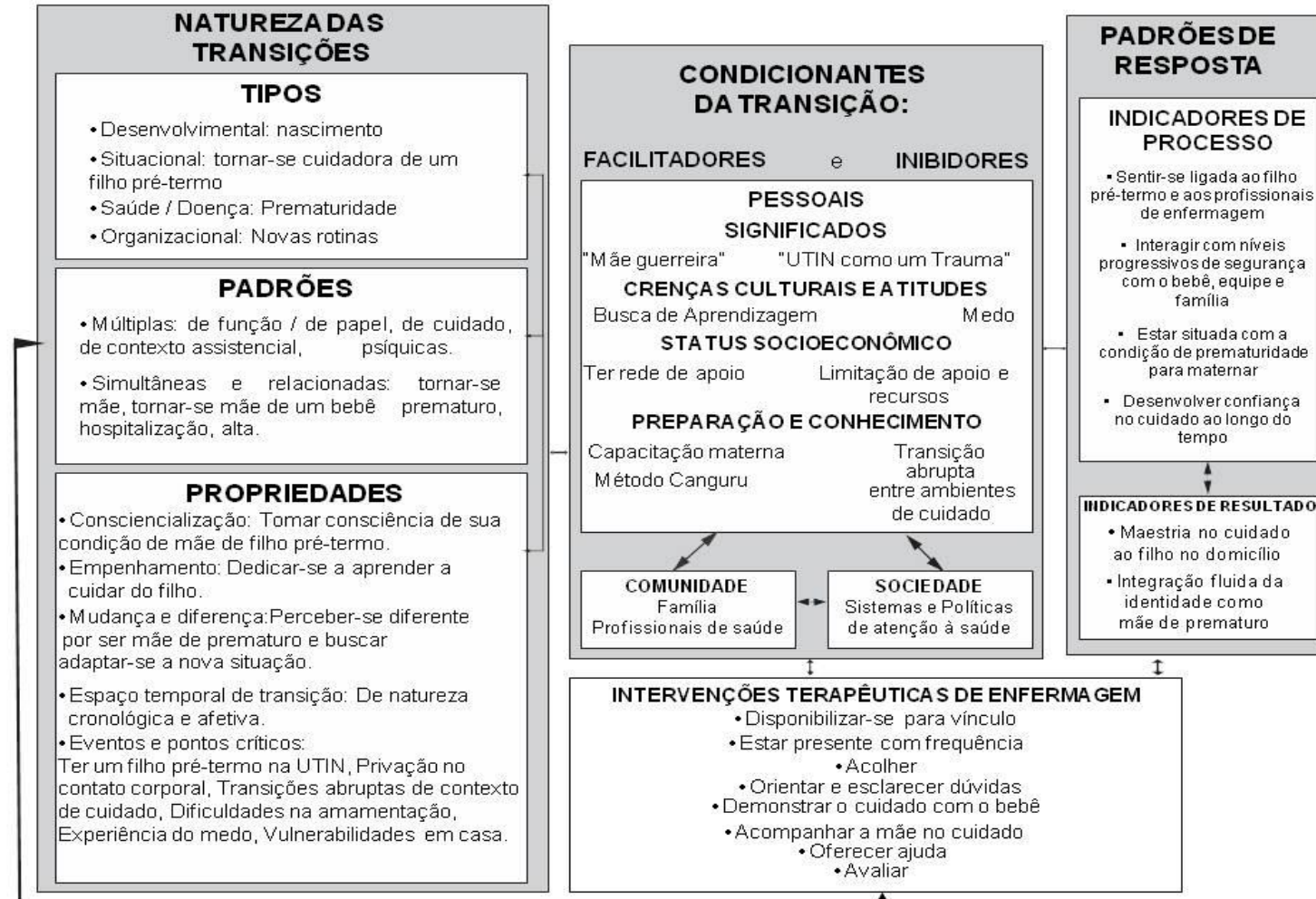
6.1 Compreendendo o fenômeno da Maternagem da mulher com filho pré-termo, participante do Método Canguru na transição para o domicílio.

Com base nos postulados da Teoria das Transições de Meleis e tomando como referência seu modelo explicativo, os resultados desse estudo foram agrupados e mapeados de modo a constituírem-se numa apropriação dessa Teoria de Enfermagem.

Segundo Neto et al (2016) a análise crítica de teorias de enfermagem é fundamental para a produção de conhecimento, contribuindo com o desenvolvimento de outras pesquisas fundamentadas em teorias de enfermagem e com subsídios em diferentes dimensões do cuidado para a prática de enfermagem e educação.

As categorias e agrupamentos foram intensamente analisados de modo a extrair dos dados os elementos que configuram a natureza da transição (em seus tipos, padrões e propriedades), os condicionantes da transição (em seus facilitadores e inibidores), os padrões de resposta (com seus indicadores de processo e resultado) e também as intervenções terapêuticas de Enfermagem. Neste estudo, a aplicação do modelo, apresentada na figura 2 destacou o fenômeno Maternagem da mulher com filho pré-termo, participante do Método Canguru, na transição para o domicílio:

Figura 2 - Aplicação do Modelo Teórico de Meleis.



Fonte: Adaptado a partir do modelo explicativo de MELEIS et al. (2000)

No esquema teórico acima proposto fica evidente que para a mulher que vivencia a transição de ser mãe diante da prematuridade, outras transições igualmente críticas também se sobrepõem, sendo a transição entre o hospital e o domicílio uma das mais cruciais, com implicações decisivas sobre a maternagem. Tais implicações estão intimamente relacionadas à experiência vivenciada pela mãe diante dos eventos críticos e de como recebeu as intervenções terapêuticas de enfermagem para superar as dificuldades.

É no cenário hospitalar que a mãe do bebê pré-termo toma consciência de sua condição de mãe de prematuro e busca forças e apoio para adaptar-se à nova situação. Neste contexto, o empenhamento é facilitado pelo Método Canguru, onde as aprendizagens da mãe no cuidado com o filho e as interações com a equipe de enfermagem são a base para o desenvolvimento do cuidado em casa.

Essas transições pelas quais a mãe do prematuro passa são condicionadas por fatores pessoais, familiares, comunitários, institucionais e sociais. A busca de aprendizagem, a rede de apoio, a resignificação e o Método Canguru foram identificados como os principais elementos facilitadores da transição para o domicílio. O medo, o trauma da hospitalização do filho na UTIN, a limitação de apoio e recursos e a transição abrupta entre ambientes de cuidado foram os principais inibidores do processo de transição para essas mães.

Em toda essa trajetória, o vínculo com o filho e com os profissionais de enfermagem auxiliam na aquisição de segurança e no desenvolvimento de confiança para cuidar do bebê, ao longo do tempo. Esse tempo não é apenas marcado pela cronologia, mas também e principalmente, pelas emoções e afetos. A mãe passa a sentir-se no domínio da sua maternagem no domicílio, ao adquirir novas habilidades e perceber sua eficácia traduzida no crescimento e desenvolvimento do filho. Esse domínio é, em parte, reflexo das intervenções terapêuticas proporcionadas no cuidado de enfermagem.

No que se refere às intervenções de enfermagem é importante destacar que as mesmas devem buscar qualidade através da continuidade do cuidado, por meio de vínculo e responsabilização. É fundamental compreender que as necessidades humanas vão para além do nível individual, estendendo-se para o coletivo e social. Neste sentido, a Atenção Primária deve ser também um contexto privilegiado onde essas mães de bebês pré-termos continuem recebendo acolhimento e ações que promovam a

continuidade desse cuidado. As intervenções de enfermagem devem atender necessidades humanas básicas para além das biológicas, tais como, gregária, segurança emocional, amor e aceitação, liberdade e participação, educação para a saúde e aprendizagem, religiosidade e espiritualidade (CAVALHEIRO, CUBAS, ALBUQUERQUE, 2015).

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise realizada no capítulo anterior, apresenta-se a partir de agora considerações que sintetizam as principais contribuições do presente estudo, sem a pretensão de esgotar a temática. Inicialmente esta pesquisa, em sua fase de projeto, buscava se ater à experiência da mãe participante do Método Canguru, no cuidado ao filho pré-termo após a alta hospitalar.

Esse interesse surgiu da observação da lacuna de estudos nessa temática, pois a tendência das pesquisas brasileiras se focava na experiência da mãe nas fases hospitalares do Método Canguru, ou seja, primeira e segunda etapas. Assim, a intenção desse estudo era o enfoque apenas no momento pós-alta, que inclui a terceira etapa, com especial interesse para a vivência da maternagem no espaço do domicílio. No entanto, a metodologia utilizada nessa pesquisa, Narrativa de Vida, redirecionou e ampliou o objeto de investigação. As mulheres participantes desse estudo narraram suas experiências vivenciadas desde a UTIN até o primeiro ano de vida de seus filhos, destacando para essa investigação que o fenômeno da maternagem é de natureza complexa e não possui delimitações estanques.

O método Narrativa de Vida permitiu mostrar que a experiência hospitalar está intimamente relacionada ao momento pós alta, pois ao agregar os dados, observou-se quão relacionadas estão a experiência hospitalar com a vivência materna no domicílio. A linha de cuidados voltados para a aprendizagem materna, especialmente trabalhada no Método Canguru, foi determinante nessa continuidade.

Através das três categorias estabelecidas neste estudo, foi possível evidenciar que a mãe do bebê pré-termo passa por várias transições. Este também foi um achado que contrariou a intenção inicial do estudo, pois o foco estava apenas na transição do hospital para o domicílio. Porém, nas narrativas de vida dessas mulheres o fenômeno transição mostrou-se muito maior, o que significa que são múltiplas as transições a serem vivenciadas diante da prematuridade. Então, a intenção inicial de uma transição focada em local (hospital-domicílio) foi conduzida pelas participantes para uma análise de um processo multifacetado, envolvendo transições afetivas, emocionais, relacionadas ao nascimento e pouco delimitadas.

Essas mudanças proporcionadas pela metodologia ampliaram a discussão e denotam a necessidade prática de que o Enfermeiro que trabalha com mães de bebês

prematturos, seja no espaço hospitalar, ambulatorial ou até mesmo em outros cenários, perceba que não há apenas uma transição delimitada pela alta hospitalar. São múltiplas transições que implicam em diferentes níveis de intervenção no cuidado de Enfermagem, que vão desde o nascimento, percorrendo todo o período de internação hospitalar, até o pós-alta.

Intervenções de Enfermagem que busquem aproximação e contato pele a pele, o mais precoce possível, são fundamentais para o estabelecimento da segurança materna e estão intimamente relacionadas ao maior empoderamento da mãe no cuidado ao filho. Assim, desde o início da aplicação do Método Canguru, ao realizar cuidados voltados para a vinculação e desenvolvimento, um planejamento de alta hospitalar já está sendo construído, muito embora, isso não seja uma perspectiva comum entre os profissionais. Este estudo denotou, por exemplo, dificuldades na realização do contato corporal entre mãe e bebê na primeira etapa, na UTIN. Trata-se de um elemento crucial para o melhor desempenho materno nas etapas subsequentes e com grande impacto emocional na história de vida, merecendo maiores investimentos por parte da equipe.

Os resultados permitiram visualizar que as intervenções de enfermagem, extraídas dos depoimentos maternos, estão mais presentes na segunda etapa do Método Canguru, em menor frequência na terceira etapa e muito escassas e frágeis na primeira etapa. Essa fragilidade na primeira etapa foi identificada pela dificuldade de obter informações e pegar o filho no colo. Na terceira etapa, a fragilidade foi identificada pelas dificuldades de manutenção do aleitamento em casa e orientações focadas essencialmente em aspectos biológicos (peso, perímetro cefálico, tempo de mamada, dentre outros).

Foi na primeira e na terceira etapas do Método Canguru que se concentraram os principais eventos críticos relatados pelas mães participantes dessa pesquisa, o que chama a atenção para a necessidade de melhorias na assistência prestada a essas mulheres e seus filhos, de modo a fortalecer essas fases e o cuidado centrado na família.

A primeira categoria destacou como evento crítico do nascimento prematuro a experiência da hospitalização do filho na UTIN, que foi relatada pelas mães como 'traumatizante' e as dificuldades de adaptação à nova realidade de ser mãe de prematuro. Como estratégia para minimizar essa situação conflitante é necessário que a equipe de Enfermagem busque planejar e desenvolver intervenções para maior acolhimento da família, facilitando a transição diante dessa situação-limite para uma

consciencialização. A tomada de consciência, de forma mais saudável, é o primeiro passo para uma atitude de superação, aprendizagem e (re)significação.

A segunda categoria destacou essencialmente a importância da aprendizagem dos cuidados ao filho no Método Canguru para a maternagem e o importante papel desempenhado pelo profissional de Enfermagem na facilitação dessa transição para o domicílio. Ele é o profissional que representou, nas narrativas maternas, o elo entre a equipe e a mãe, a referência em termos de orientações para o cuidado do bebê e o apoio mais presente e acessível. Esse importante resultado mostra que é relevante fortalecer essa atuação na prática, através da valorização, educação permanente e estímulos para a motivação profissional.

Os dados também permitiram observar que as orientações de enfermagem na segunda etapa do Método Canguru estão focadas no manejo do bebê prematuro (banho, troca de fralda, manutenção térmica, amamentação/alimentação, medicações, dentre outros), o que subsidia as mulheres para o cuidado materno do prematuro em casa. Porém, sendo pouco trabalhadas orientações de outra natureza, como por exemplo, as modificações na rotina ou ambiente de casa, as relações familiares, como lidar com a ansiedade e o medo no cuidado e a participação de outros familiares.

Outro aspecto que emergiu dos dados é a natureza prescritiva e normativa das orientações de enfermagem, com pouco investimento nas reais necessidades e no contexto de vida da mãe. O foco ainda é de treinamento materno, centrado no saber profissional, institucionalizado. Ressalta-se, portanto, a necessidade de valorizar conhecimentos e instintos maternos numa aprendizagem progressiva que permita à mãe descobrir as potencialidades de sua interação com o filho. O plano de alta deve ser um processo produzido em conjunto com a mãe e sua família, levando em conta seu contexto social, onde haja uma escuta atenta para verbalização de medos e ansiedades e diálogo sobre os recursos para enfrentamentos.

Esse plano de alta pode ser facilitado pelo uso de artifícios tais como, materiais didáticos, cartilhas de orientações para a alta, grupos de apoios para pais e visitas domiciliares, numa perspectiva de acompanhamento no pós-alta.

Outro achado que merece destaque é a escassa participação do pai e de outros familiares na aprendizagem de cuidados do bebê pré-termo na segunda etapa do Método Canguru. As falas das participantes indicam que esse despreparo as impõem uma lida solitária no cuidado ao filho em casa. Isso mostra que é preciso investir em capacitação

de outros membros da família, especialmente o pai e as avós que são as principais figuras da rede de apoio no domicílio.

A terceira categoria descreve principalmente as experiências vivenciadas no pós-alta, sendo muito evidente a intensidade do medo e insegurança dessas mães. É em casa que elas se deparam com a realidade de alta demanda de cuidados e não contam mais com a tecnologia e apoio dos profissionais de enfermagem. O retorno à rotina é permeado por muitas adaptações, nas quais a mulher prioriza o filho prematuro, em detrimento de suas próprias necessidades, levando a um importante desgaste físico e emocional.

Nesse contexto, a maternagem é permeada por atitudes que visam uma compensação da fragilidade do filho com cuidados extremamente zelosos e redobrados, com grande carga de tensão emocional que dificulta vivenciar o prazer de ser mãe.

A terceira etapa do Método Canguru foi ressaltada pelas mulheres como um espaço privilegiado de atenção e apoio, com acesso a informações e acompanhamento do desenvolvimento do filho. A avaliação feita pela enfermeira nas consultas, em parte, determinam sua sensação de competência no cuidado ao filho. No entanto, as consultas ainda permanecem focadas na figura materna, com avaliações centradas em aspectos biológicos, com pouco espaço para verbalização de medos, ansiedades, inseguranças e outras experiências.

Através de alguns relatos, observou-se também dificuldades de acesso a serviços de saúde, informações e acompanhamento na fase posterior a alta do Método Canguru, ou seja, ao término da terceira etapa. Isso denota fragilidades político-programáticas para atendimento das intercorrências e na continuidade da atenção ao prematuro para além do hospital, necessitando investimentos na atenção primária para absorção dessa clientela.

Esse estudo, com base no referencial teórico da Teoria das Transições, buscou fazer uma apropriação do modelo explicativo, a fim de mapear os principais componentes da experiência vivenciada na maternagem do filho pré-termo, de mães participantes do Método Canguru, na transição para o domicílio. Nesse modelo foi possível visualizar as intrínsecas relações entre os indicadores da consciencialização da transição adquirida na segunda e terceira etapas, a interação com a situação de ser mãe de prematuro no hospital e em casa e o apoio promovido pela enfermagem como um facilitador para que a mãe se situe em suas potencialidades de respostas adaptativas e confiança. Essa superação pode ser considerada um dos principais indicadores de

resultado, pois as depoentes demonstraram em suas falas a aquisição de maestria e uma integração fluida da identidade de mãe de prematuro com o passar do tempo.

A maestria na maternagem do filho pré-termo, com base no referencial teórico de Meleis, pôde ser identificada nesse estudo como a capacidade que as mulheres foram adquirindo de empoderar-se do cuidado ao filho durante as transições entre os espaços hospitalar e domiciliar, respondendo às necessidades do bebê, com a aquisição de habilidades para lidar com novas situações.

As limitações desse estudo podem estar relacionadas ao fato da pesquisa de campo ter sido desenvolvida em um único cenário, pois o Método Canguru possui diferentes formas de aplicação em diferentes instituições. Sugere-se então a realização de futuras pesquisas que ampliem cenários e diferentes grupos de mães, ampliando também para possíveis comparações entre a maternagem de mães que não participaram do Método Canguru. Para a prática assistencial, o estudo traz contribuições que serão apresentadas à equipe do cenário de pesquisa e propostas elaborar um plano de alta hospitalar centrado nas necessidades tanto do bebê como também da mãe.

Por fim, conclui-se que a Enfermagem no Método Canguru possui papel essencial para uma transição facilitada entre o hospital e a casa, com vistas a uma maternagem saudável onde a mãe possa desenvolver, com o suporte das intervenções terapêuticas de enfermagem, uma maestria no cuidado ao filho pré-termo no domicílio.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariane Antunes Cavalheiro, et al. Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) para o cuidado de enfermagem na atenção primária em saúde *in* CUBAS, Marcia Regina; DA NÓBREGA, Maria Miriam Lima. **Atenção Primária em Saúde: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem**. Elsevier Brasil, 2015.

ALEXANDRE, Joana Dias et al . A prematuridade na perspectiva de mães primíparas e múltiparas: Análise do seu estado psicoemocional, autoestima e bonding. **Análise Psicológica**, Lisboa , v. 34, n. 3, p. 265-277, set. 2016 . Disponível em < <https://dx.doi.org/10.14417/ap.1141>>.

ANJOS, Lucy Sobieski dos et al. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Revista brasileira de enfermagem**. v. 65, n. 4, p. 571-577, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400004>.

ARAÚJO, Cristiane Luciana de et al. Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100035> >.

ARRUDA, Débora Cristina; MARCON, Sonia Silva. Experiência da família ao conviver com sequelas decorrentes da prematuridade do filho. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n. 4, p. 595-602, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400015>>.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 3, p. 117-140, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERTAUX, Daniel. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. São Paulo: Paulus Editora, 2010.

BORCK, Márcia; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos. Método canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.16, n. 2, p. 263-269, 2012. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000200008>>.

BORCK, Márcia; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos. Terceira etapa método Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 761-8, 2010. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/14341>>.

BRASIL, **O bebê prematuro**. Disponível em: <<http://prematividade.com/sobre-prematuros/o-bebe-prematuro#sthash.RqxrWKIN.dpuf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**, 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. IPEA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília: IPEA: MP, SPI, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 693 GM/MS, de 5 de julho de 2000**. Implantação do Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 930 GM/MS, de 10 de maio de 2012**. Unidade Neonatal no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1067 GM/MS, de 4 de julho de 2005**. Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1459, de 24 de junho de 2011**. Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1683 GM/MS, de 12 de julho de 2007**. Normas de orientação para a implantação do Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1683 GM/MS, de 12 de julho de 2007**. Normas de orientação para a implantação do Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

CABRAL, Ivone Evangelista; RODRIGUES, E. da C. O método mãe canguru em uma maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: necessidades da criança e demanda de educação em saúde para os pais. **Texto contexto enferm**, v. 15, n. 4, p. 629-36, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400011>>.

CAVALHEIRO, Mariane Antunes, CUBAS, Marcia Regina, ALBUQUERQUE, Leda Maria. Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) para o cuidado de enfermagem na Atenção Primária em saúde. Cap.4, p.63-126. In: CUBAS, Marcia Regina, NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. **Atenção Primária em Saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. 1.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

CHAGAS, Diogo Oliveira et al. Comparação da adesão materna às orientações do método Mãe Canguru no pré e pós-alta do Hospital Sofia Feldman. **CEP**, v. 31844, p. 130, 2011.

CHERQUES, Hermano Roberto Thiry. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, v. 3, n. 2, p. 20-27, 2009. Disponível em: <http://docplayer.com.br/15061-Saturacao-em-pesquisa-qualitativa-estimativa-empirica-de-dimensionamento.html>.

CHODOROW, Nancy. Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher. **Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos**, v. 2020, 1990.
 COSTA, Maria Cristina Guimarães da; ARANTES, Mariana Qüites; BRITO, Michely Dayane Campos. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 698, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7130>.

COSTA, Roberta et al. Da incubadora para o colinho: o discurso materno sobre a vivência no método canguru. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 3, n. 2, 2014. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/1019/882>.

COSTA, Roberta et al. Políticas Públicas de Saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **História de Enfermagem Revista Electronica [Internet]**, v. 1, n. 1, p. 55-68, 2010. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/centrode memoria/here/n1 voll ano1_artigo4.pdf. Acesso em: 18 mai. 2016.

COUTO, Camila Santos do et al. Espectros de mães de prematuros acerca de círculo de cultura educativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe2, p. 3-8, 2014. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/

COUTO, Fabiane Ferreira, PRAÇA, Neide de Souza. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.4, p. 886-91, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a27.pdf>.

DUARTE, Anailza de Souza, SANTOS, W. S., SILVA, L. D. B., OLIVEIRA, J. D., SAMPAIO, K. J. A. J. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar. **Revista Rene Fortaleza**, v. 11, n. 3, p. 162-170, jul./set.2010. Disponível em: [2010_art_asduarte.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a27.pdf).

EPISTIA, Edelmira Castillo, GONZÁLEZ, Melva Patricia Ocampo. Retrieving the offspring and caring for it during the first night at home. **Invest Educ Enferm**, v.31, n.3, p.354-363, 2013. Disponível em: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/17495/15095>.

FLECK, Adriana; PICCININI, César Augusto. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. **Aletheia**, n. 40, p. 14-30, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/37208>.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas [Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions]. **Cad**

saúde pública, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>>.

FROTA, Mirna Albuquerque et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 277-283, 2013. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200011> .

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 4, p. 444-8, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000400012>.

GONZÁLEZ, Melva Patricia Ocampo; ESPITIA, Edelmira Castillo. Cuidando un hijo prematuro en casa: del temor y La duda a la confianza. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 828-835, 2014. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71433508003> >.

HECK, Graziella Marjorie Moreira et al. Compreensão do Sentimento Materno na Vivência no Método Canguru. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 6, n. 1, p. 71-83, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/18083>.

LOBIONDO-WOOD, Geri. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Guanabara Koogan, 2001.

LOUREIRO, Lígia Lao; CASTILHO, Manoelli Ansanelli; SILVA, Yara Evelin da. **Reações dos pais diante da hospitalização de um recém-nascido em UTI neonatal**. LINS, São Paulo, 2009.

MARSON, Ana Paula. Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa. **Revista da SBPH**, v. 11, n. 1, p. 161-169, 2008. Disponível em:
< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582008000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

MARTINEZ, Hector. Metodologia Madre Canguro. **Ideass Colombia. Inovación para el desarrollo y La cooperación Sur-sur** (2009). Disponível em:
http://www.ideassonline.org/pdf/br_11_20.pdf.

MELEIS, Afaf Ibrahim et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in nursing science**, v. 23, n. 1, p. 12-28, 2000. Disponível em:
http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing_Transitions__An_Emerging_Middle_Range.6.aspx.

MELEIS, Afaf Ibrahim. **Theoretical Nursing: development e progress**. 4.ed. Ed. Philadelphia Lippincott, p. 212-234, 2007.

MELO, Leila Medeiros et al. **Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta**. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, GOLDENBERG, Paulete; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; GOMES, Mara Helena de Andréa. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Editora Fiocruz, 2003.

MORAIS, Aisiane Cedraz; QUIRINO, Marinalva Dias; CAMARGO, Clímene Laura. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 654, 2012. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14n3/v14n3a23.htm>>.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira et al. Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: pesquisa qualitativa na rede pública de Betim. **Psicologia em estudo**, v. 14, n. 3, p. 475-483, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a08.pdf>>.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; Almeida Braga de, Nina; MORSCH, Denise Streit. **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. SciELO- Editora FIOCRUZ, 2006.

NETO, José Melquiades Ramalho et al. Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 174-181, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>>.

NEVES, Eliane Tatsch, CABRAL, Ivone Evangelista. Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 11, n.3, p.527-38, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a09.htm>.

PICCOLI, Talita et al. Refletindo sobre algumas teorias de enfermagem a partir do modelo de avaliação de Meleis. **Cogitare Enferm.**, v.20, n.2, p.437-42, 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37891/25558>.

RAFFRAY, Marie et al. Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit. Perceptions of health care providers. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 32, n. 3, p. 379-392, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25504404>.

REIS, K. S. et al. Programas de incentivo ao aleitamento materno. **NUTRIR GERAIS**, 2008. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume3/artigo_6_rng_programas_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2016.

SALES, Catarina Aparecida et al. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 59, n. 1, p. 20-4, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100004>>.

SANTOS, Inês Maria Meneses dos. Maternagem e o atendimento à criança e à sua mãe. **Enferm Atual**. jan/fev, p. 27-30, 2004.

SANTOS, Inês Maria Meneses dos; SANTOS, Rosângela da Silva. A maternagem de mulheres com filho pré-termo: bases para a assistência de enfermagem neonatal.

Revista Online de Pesquisa Cuidado é fundamental, v. 2, n. 3, p. 236-236, 2009.

Disponível em:

< <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1093>>.

SANTOS, Inês Maria Meneses dos; SANTOS, Rosângela da Silva. A maternagem de mulheres com filho pré-termo: bases para a assistência de enfermagem neonatal.

Revista Cuidado é fundamental online, v. 2 (Ed. Supl.), n. 3, p. 692 - 696, Out/dez 2010.

SCHMIDT, Kayna Trombini et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 73-81, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100010>>.

SIQUEIRA, Marly Beserra de Castro; DIAS, Marcos Augusto Bastos. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 27-36, mar. 2011 . Disponível em

<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 set. 2016.

<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000100004>

SIMIONI, Angelita dos Santos; GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Rev. bras. enferm**, v. 61, n. 5, p. 545-551, 2008. Disponível em: <

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000500003> >.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (dora?). **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 2, p. 119-126, 2003. Disponível em:

< <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342003000200014> >.

SILVA, Laura Johanson da et al. O ambiente da unidade neonatal: perspectivas para o cuidado de enfermagem no Método Canguru. **Rev Enferm UFPE On Line [Internet]**, Recife, V. 7, p. 537-45, 2013.

SILVA, Laura Johanson da. Sendo um multiplicador de valores e práticas para a (des)continuidade do Método Canguru na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem (AU). **Tese de Doutorado**.

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. 2013.

SILVA, Laura Johanson da; SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 684-689, 2009. Disponível em:

< <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300026> >.

SILVA, Laura Johanson da; SILVA, Leila Rangel da. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 393-401, 2009. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200022>.

SOUZA, Luís Paulo Souza e et al. Método mãe-canguru: percepção da equipe de enfermagem na promoção à saúde do neonato. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, v. 27, n. 3, p. 374-380, Fortaleza, 2014. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2731>.

SOUZA, Nilba Lima de et al. Domestic maternal experience with preterm newborn children. **Revista de Salud Pública**, v. 12, n. 3, p. 356-367, 2010. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21311824>>.

SOUZA, Nilba Lima de et al. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 159-165, 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19532&indexSearch=ID>.

STERN, Daniel N.; VERONESE, Maria Adriana Veríssimo. A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê. **Artes Médicas**, Porto Alegre, 1997.

STILLWELL, S. B. et al. Searching for the Evidence: strategies to help you conduct a successful search. *American Journal of Nursing (AJN)*, v.110, n.1, p. 51-53. Disponível em: http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546_156_2010_08_23_SADFJO_165_SDC216.pdf

TAMEZ, Raquel Nascimento. **Enfermagem Na UTI Neonatal: Assistência Ao Recém-nascido de Alto Risco**, 2 ed. Grupo Gen-Guanabara Koogan, Rio de Janeiro,2009.

VÉRAS, Renata Meira; VIEIRA, Juna, Maria Fernandes; MORAIS, Fátima Raquel Rosado. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. **Psicol Estud**, v. 15, n. 2, p. 325-32, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a11v15n2>.

VILELAS, Jose et al. A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recem-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. **Pensar Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2014. Disponível em: < http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf>.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos desenvolvendo uma pesquisa pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) sobre “O cuidado do filho pré termo em casa: a experiência vivenciada da maternagem de mulheres que participaram do Método Canguru”, que tem por objetivo: analisar a experiência vivenciada da maternagem de mulheres com filho pré termo participantes do Método Canguru após a alta hospitalar.

Queremos através deste documento solicitar a sua participação neste estudo. Você foi selecionada por ter participado do Método Canguru quando seu(a) filho(a) permaneceu internado(a) nesta instituição.

Para esclarecê-la melhor sobre sua participação no estudo, pontuamos algumas informações que solicitamos que leia antes de assinar este documento: Sua participação não é obrigatória e não haverá nenhum tipo de custo ou compensação financeira caso deseje participar. Caso não deseje participar do estudo, sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você pode sair do estudo a qualquer momento que desejar, retirando seu consentimento sem nenhum prejuízo para você ou seu filho(a). Depois que ler as explicações, você poderá fazer qualquer pergunta que julgar necessária para entender a pesquisa. Se decidir participar deste estudo, será feita com você uma entrevista individual em local reservado que durará aproximadamente 1 hora. Esta entrevista será gravada em áudio. Caso você não queira ter sua entrevista gravada, não poderá participar deste estudo.

Mediante sua autorização serão também utilizados dados do seu prontuário e do prontuário do bebê, sem que sejam divulgadas suas identificações, tanto na entrevista quanto na utilização dos dados dos prontuários. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Todas as gravações serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado.

O risco relacionado com a sua participação implica no fato de que determinada perguntas pode incomodá-la porque as informações coletadas serão sobre suas experiências pessoais. Assim, você pode escolher não responder quaisquer perguntas que a façam sentir-se desconfortável.

Sua entrevista trará benefícios, ajudando a aprimorar a assistência de enfermagem às mães e bebês participantes do Método Canguru.

Em caso de dúvidas ou reclamações sobre a pesquisa você poderá contatar a pesquisadora responsável: mestranda Eliane Cristina Vieira Adegas através do telefone XXXX-XXXX ou pelo e-mail XXXXXXXXXX. Também poderá ser contatada a Prof^ª Dr^ª Inês Maria Meneses dos Santos (Orientadora) pelo telefone XXXX-XXX ou pelo e-mail XXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Deste modo informamos e solicitamos por meio deste documento sua autorização para a participação na referida pesquisa desejando sua valiosa colaboração e desde já agradecendo.

Pesquisadora

Enfermeira Eliane Cristina Vieira Adegas

Orientadora

Inês Maria Meneses dos Santos

CONSENTIMENTO:

Pelo exposto, eu _____

Ciente das informações recebidas concordo voluntariamente em participar do referido estudo. Autorizo que meus depoimentos sejam utilizados para fins de estudo e divulgação de seus respectivos resultados no meio acadêmico, tendo garantido meu anonimato.

Data: / /

Assinatura do (a) participante: _____

APÊNDICE B**Formulário para Caracterização dos Participantes**

Código do participante: _____ Data da entrevista: _____

Idade: _____ Situação conjugal: _____

G _____ P _____ A _____

Número de filhos vivos _____

Número de consultas de pré-natal _____

Data de nascimento do bebê ____/____/____

Tipo de parto: () cesárea () vaginal

Diagnóstico: _____

Motivo do parto prematuro: _____

Idade gestacional: _____ Peso do bebê ao nascer: _____

APGAR: _____

Tempo de hospitalização na UTI neonatal: _____

Histórico da criança na UTI Neonatal:

Peso de alta de 2ª etapa: _____

Peso de alta da 3ª etapa: _____

APÊNDICE C
Questão Norteadora

Fale-me sobre a sua vida que tenha relação com o cuidado de seu(ua) filho(a) (nome da criança) no domicílio após a alta hospitalar do Método Canguru:

Filtros:

- Cuidado ao filho no hospital
- Cuidado ao filho em casa
- Cuidados recebidos e aprendidos no Método Canguru (em todas as etapas)
- Superações e dificuldades

APÊNDICE D

Recorrência das Unidades Temáticas nas Narrativas de Vida

Nº	Unidades Temáticas	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	Total
1	Prematuridade como uma surpresa, susto, evento que traz limitações, indesejado, uma marca na história do filho	1	1		2	3		1		4				1		13
2	Medo de complicações no desenvolvimento do filho (sequelas)	2								15						17
3	Equilíbrio emocional materno no pós parto em risco		1			1				2					1	5
4	A vivência da hospitalização na UTIN como um momento emocionalmente pesado, um trauma	1			2		7									10
5	Levando tempo para parar de encarar o filho como prematuro	1								3						4
6	Aceitando o convite para ficar no Canguru sem explicações sobre o programa só para ficar perto do filho	2														3
7	Medo de deixar o filho sozinho										1					1

8	Desejar cuidar, proteger e ficar perto, amar o filho	1	1			2	1			2				2	9	
9	Ficou em casa isolada com o bebê, evitando saídas	1	3		1				1	4					10	
10	Aprendeu a cuidar do bebê na 2ª etapa (higiene corporal, posição no colo e berço, cuidados anti refluxo, medicação e amamentação/alimentação)	3	3				1	4	1	2	3	1	2	2	1	23
11	A aprendizagem promovida pela experiência e orientações de enfermagem na segunda etapa como facilitadora do cuidado, da amamentação e da segurança materna em casa	3			2	3	1	7	1	2	1		5	3		28
12	Sentir-se feliz com a alta hospitalar		1												2	3
13	Sentindo falta da ajuda e cuidado da equipe de enfermagem em casa		1			5		1	4		2	1		1	1	16
14	Preocupação, medo ou ansiedade relacionados com alterações do peso do bebê no hospital	4			1	4				3						12
15	Sentindo-se influenciada pela cultura a favor do leite industrializado	1					1			1						3
16	Desgaste materno por dedicação exclusiva ao cuidado do filho		7							1	1	2	1		1	13
17	Sono prejudicado pela demanda de cuidados noturnos e insegurança/medo		4			2				2	1	3	1			13
18	A experiência de uma perda anterior		3							5						8

	influenciado no medo de uma nova perda															
19	Medo interfere negativamente na experiência de prazer da maternagem e na forma de cuidar								2							2
20	Sentiu-se apoiada e recebeu ajuda das enfermeiras no cuidar	1				1		9			2	1	1	2	1	18
21	Sentiu-se preparada para ir para casa porque o tempo que ficou no Canguru a preparou emocionalmente e no cuidado com o filho	1		1			10	1					1			14
22	Medo da perda (por morte)		3		2	1	1			9	1					17
23	Medo de receber visitas e contaminação do ambiente	2			5				1	1						9
24	O pai acredita no potencial da amamentação e do desenvolvimento do filho									2						2
25	Medo de intercorrências e insegurança para agir em casa (resfriado, perda ou não ganhar peso, infecção, bactérias, resistência ao antibiótico, transmissão de doenças, refluxo, hipoglicemia, apneia, pneumonia)	1	2	1	8	3		1		5	3	1	3		3	31
26	A importância das consultas de 3ª etapa para a segurança materna no cuidado em casa	1						1		5	4	2		1	1	15
27	O cuidado do filho em casa centrado na mãe		4			1		2		3	1		4	1	1	17
28	Desejando assumir o papel principal no cuidado do filho		1								1					2

29	A mãe do prematuro aprende a ser uma grande guerreira, vitoriosa				3									1		4
30	Busca até hoje orientações profissionais para cuidar do filho		1							1						2
31	Seguindo em casa a rotina de cuidados experienciada na segunda etapa do Canguru (banho, alimentação, posição para dormir)		3	3		2		3	4		1	1	3			20
32	A fé em Deus como uma marca na narrativa de vida com o filho pré-termo	3	1	1	5	2	1	1	2	10				5	3	34
33	A inexperiência do pai e demais familiares para cuidar do filho em casa		4					2		4						10
34	Descontentamento com atitudes de profissionais no ambiente da segunda etapa		2													2
35	O carinho da equipe de Enfermagem como facilitador do vínculo e busca de informações no pós alta		1				1	1	1	1					2	7
36	O pai como cuidador principal no retorno materno ao trabalho									5						5
37	A continuidade do aleitamento materno após o retorno ao trabalho sendo favorecida pelos conhecimentos de ordenha e armazenamento do leite									1						1
38	A continuidade do aleitamento materno após o									1						1

	retorno sendo facilitada pelo apoio recebido no local de trabalho															
39	Sentindo-se acolhida, feliz e grata pela experiência na segunda etapa	3					3					1	1		1	9
40	Sentindo-se culpada por não realizar um cuidado adequado em casa											1				1
41	Dificuldade de atendimento no Sistema de saúde com o término da terceira etapa								2		2					4
42	Medo, desespero e insegurança no momento da alta hospitalar								3	1						4
43	Sentindo falta da tecnologia em casa (monitor)										3	2				5
44	Medo de reinternações como uma perda				1				1						1	3
45	Tomando decisões sobre a amamentação em casa			2				2		1						5
46	Considerando as vantagens da amamentação exclusiva em casa				3											3
47	Superando o medo e adquirindo segurança no cuidado, na sobrevivência e no desenvolvimento do filho com o tempo, com a experiência e a evolução		3		2	7			3	13	1	2	1	1		33
48	Medo pelo fato do bebê ser prematuro, pequenininho, vulnerável, indefeso, frágil			1	3	3	3			1	1		1			13
49	Tendo ajuda prática e apoio emocional para cuidar do filho em casa (mãe- avó materna,			1	1					7	1			1		11

	marido, filha mais velha, sogra)															
50	A experiência de ser mãe de prematuro é difícil, pesada, preocupante e abala psicologicamente			3					1							4
51	Usando a mamadeira em casa (orientação profissional, medo de engasgos no copinho, dificuldade com gêmeos, falta de tempo)		1							1		1	1			4
52	A amamentação como uma dificuldade (prematuidade, volume do leite, de ajuda, gêmeos, insucesso na estimulação, estresse, desgaste, tempo de mamada)			2			1		4	2	1	3	3			16
53	Sentindo-se insegura com o término da 3ª etapa										3			1		4
54	O acompanhamento multidisciplinar no 1º ano é importante para a segurança materna								5							5
55	Não realizando/adaptando a posição canguru em casa.												2			2
56	O deslocamento para as consultas de 3ª etapa como uma experiência difícil por falta de ajuda												1			1
57	Não tendo experiências prévias de ser mãe ou de cuidar/ter um prematuro.						1	1	3	1	1					7
58	Observando que o filho deseja o contato corporal semelhante à posição canguru								2				1			3
59	Cuidados 'redobrados', 'exagerados' ou zelosos devido ao baixo peso e prematuridade.							3	3							6
60	Sentindo-se preocupada na gravidez com o								1				1			2

	de referência.															
72	Percebendo o potencial da posição canguru (ganho de peso, controle térmico, conforto, sono, crescimento, alívio da dor, proteção)						2	2	1		1	3		1		10
73	A diferença de acompanhar um filho prematuro na UTI convencional e no programa canguru.						3									3
74	O pai como 'matriz de apoio' para a mãe						1			1						2
75	Reconhece que, hoje em dia, a principal necessidade do filho é de convivência com outras crianças, atenção e amor									1						1

Fonte: Próprio autor

ANEXO 1**Termo de confidencialidade*****TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS***

(PREENCHIMENTO PELO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO)

Nome do Pesquisador: Eliane Cristina Vieira Adegas

Projeto de Pesquisa: O cuidado do filho pré-termo em casa: a experiência vivenciada da maternagem de mulheres que participaram do Método Canguru

Como pesquisador(a) responsável pela pesquisa em epígrafe, tenho conhecimento e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/2012e suas resoluções complementares, assim como comprometo-me a manter a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados do prontuário do paciente, do qual não for possível obter o consentimento informado previamente, preservando integralmente o anonimato do paciente e da equipe de saúde envolvida no atendimento prestado. Os dados colhidos dos prontuários serão somente os referentes às variáveis em estudo previstas no projeto de pesquisa e somente poderão ser utilizados para o projeto ao qual se vincula.

Ressalto que tal confidencialidade também está garantida ao participante através do Termo de consentimento, tendo em vista que a coleta dos dados ocorrerá também por meio de entrevistas, além de consulta de prontuários.

Rio de Janeiro, 14 de outubro de 2015.

Assinatura

ANEXO 2

Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O cuidado do filho pré termo em casa: a experiência vivenciada da maternagem por mulheres que participaram do Método Canguru

Pesquisador: Eliane Cristina Vieira Adegas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49125315.6.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade-Escola da UFRJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.299.582

Apresentação do Projeto:

Vide parecer 1.234.675 do dia 22/10/2015

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer 1.234.675 do dia 22/10/2015

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer 1.234.675 do dia 22/10/2015

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide parecer 1.234.675 do dia 22/10/2015

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo de confidencialidade de dados do prontuário foi anexado conforme modelo institucional. Foi inserido no TCLE um tópico para autorização de uso de dados do prontuário materno e do recém-nascido.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-9064

E-mail: cep@me.ufrj.br



MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



Continuação do Parecer: 1.299.582

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer do relator aceito.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_556710.pdf	14/10/2015 11:56:08		Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_dados_prontuarios.pdf	14/10/2015 11:51:42	Eliane Cristina Vieira Adegas	Aceito
Outros	RespostaCEP.pdf	14/10/2015 11:49:54	Eliane Cristina Vieira Adegas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projettorevisado.docx	14/10/2015 11:48:30	Eliane Cristina Vieira Adegas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	14/10/2015 11:47:48	Eliane Cristina Vieira Adegas	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Eliane.pdf	10/09/2015 14:35:39	Eliane Cristina Vieira Adegas	Aceito
Outros	mestrado.pdf	02/09/2015 19:43:06	Eliane Cristina Vieira Adegas	Aceito
Outros	linkslattes.docx	26/08/2015 10:21:57	Eliane Cristina Vieira Adegas	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	26/08/2015 10:19:59	Eliane Cristina Vieira Adegas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 28 de Outubro de 2015

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br