



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – IP**

**Programa de Pós-Graduação em Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde**

**Mães de bebês prematuros no Método Canguru: aspectos psicossociais,  
enfrentamento e autoeficácia**

**Mariana Costa Spehar**

**Brasília, Abril de 2013**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA – IP**  
**Programa de Pós-Graduação em Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde**

**Mães de bebês prematuros no Método Canguru: aspectos psicossociais,  
enfrentamento e autoeficácia**

**Mariana Costa Spehar**

**Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de Brasília, como requisito parcial à  
obtenção do título de Mestre em Processos de  
Desenvolvimento Humano e Saúde, área de  
concentração Psicologia da Saúde.**

**ORIENTADORA: Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl**

**Brasília, Abril de 2013**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA A SEGUINTE BANCA  
EXAMINADORA:**

---

**Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl - Presidente**  
**Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia**

---

**Profa. Dra. Maria Beatriz Linhares - Membro**  
**Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto**

---

**Profa. Dra. Alessandra da Rocha Arrais - Membro**  
**Universidade Católica de Brasília**

---

**Profa. Dra. Larissa Polejack Brambatti - Suplente**  
**Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia**

Dedico este trabalho aos meus maiores tesouros:  
meu esposo, meus pais e irmãos.

Também dedico esse trabalho às mães de filhos  
prematuros, que se tornam “leas”  
para vencer todos os obstáculos.

## Agradecimentos

Ao chegar a este momento da minha trajetória no Mestrado, percebo o quanto tenho que agradecer por ter chegado até aqui.

Agradeço primeiramente a Deus por me abençoar nesta trajetória, especialmente nos momentos de maior aflição.

Sou imensamente grata à Profa. Eliane Seidl, minha orientadora nesta caminhada, que de forma carinhosa sempre esteve presente apoiando, acreditando e contribuindo de forma significativa na minha formação profissional e pessoal.

Sou grata aos professores do Instituto de Psicologia, que com sua competência, contribuíram mais uma vez para meu crescimento e formação. Em especial, nessa trajetória, agradeço às professoras Elizabeth Queiroz, Tereza Cristina Cavalcanti de Araújo e Maria Helena Fávero.

Faço um agradecimento carinhoso às também professoras Rosana Tristão e Juciléia Souza pelo incentivo e contribuição na minha decisão de fazer Mestrado.

Sou grata à vida por ter possibilitado que esta experiência acadêmica também representasse um encontro de amizade e apoio mútuo. Por isso, agradeço às minhas colegas e companheiras: Andréia, Fernanda, Graciana, Helizett, Juliana, Letícia, Marinna, Michele e Nadiele.

Sou grata aos funcionários do Instituto de Psicologia, em especial aos funcionários da secretaria do PGPDS.

Agradeço aos colegas do Hospital Regional de Taguatinga pelo incentivo. Em especial, à Unidade de Neonatologia, à equipe da biblioteca e aos amigos da Coordenação de Psicologia, principalmente à querida Adriana.

Agradeço às colegas do grupo Canguru do Distrito Federal, principalmente à Denise.

Sou grata às mães que participaram deste estudo por gentilmente ter compartilhado um pouco de suas vidas e contribuído de forma valiosa para o enriquecimento do trabalho.

Faço agora agradecimentos especiais à minha família por me apoiar nessa jornada e compreender meus momentos de ausência. Especialmente agradeço ao meu amado Manoel, pelo apoio incondicional; ao meu pai, pelo incentivo e por ser modelo de amor à pesquisa; à minha mãe e aos meus irmãos por sempre acreditarem nos meus sonhos. Agradeço imensamente ao meu irmão Daniel pelas valiosas contribuições neste trabalho. Sou grata também a minha sogra pelo carinho e ajuda.

Enfim, agradeço a todos que de uma forma ou outra estiveram comigo nesta jornada.

## Sumário

Agradecimentos	v
Resumo	viii
<i>Abstract</i>	ix
Lista de Tabelas	x
Lista de Figuras	xi
Lista de Siglas	xii
<b>Apresentação</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I – Revisão da Literatura</b>	<b>2</b>
1.1 Psicologia da Saúde Neonatal	2
1.2 Prematuridade e Baixo Peso ao Nascer	3
1.3 Nascimento prematuro no mundo, no Brasil e no Distrito Federal	4
1.4 Método Canguru	5
1.4.1 Benefícios do Método Canguru.	6
1.4.2 Aplicações do Método Canguru.	8
1.4.3 Método Canguru em diversos países.	8
1.4.4 O Método Canguru no Brasil.	9
1.4.5 Método Canguru e maternidade no modelo brasileiro.	15
1.4.6 Método Canguru: avanços e desafios na implementação.	17
1.5 Desenvolvimento Humano e Parentalidade	21
1.5.1 Desenvolvimento feminino, gênero e aspectos maternos.	22
1.6 Parentalidade: Nascimento Prematuro e Hospitalização do Bebê	26
1.6.1 Maternidade e prematuridade	28
1.7 Conceitos de <i>Coping</i> e Autoeficácia no Contexto da Prematuridade	29
1.7.1 Autoeficácia e prematuridade.	31
<b>Capítulo II - Justificativa, Questões Norteadoras e Objetivos</b>	<b>35</b>
2.1 Objetivo geral	35
2.2 Objetivos específicos	36
<b>Capítulo III – Método</b>	<b>37</b>
3.1 Participantes	37
3.1.1 Caracterização das participantes	37
3.2 Local de Realização do Estudo	40
3.3 Cuidados Éticos	40
3.4 Instrumentos	41
3.4.1 Qualitativos	41

3.4.2 Quantitativos	42
3.5 Procedimento de Coleta de Dados	43
3.6 Análise de Dados	44
<b>Capítulo IV – Resultados</b>	<b>46</b>
4.1 Resultados Qualitativos	46
4.1.1 Eixos temáticos da 1ª Etapa do MC.	46
4.1.2 Eixos temáticos da 2ª Etapa do MC.	52
4.1.3 Eixos temáticos da 3ª Etapa do MC.	57
4.1.4 Resultados de todas as etapas agrupadas.	62
4.1.4.1 Realização da Posição Canguru.	62
4.1.4.2 Amamentação.	66
4.1.4.3 Apoio social.	71
4.2 Resultados Quantitativos	72
4.2.1 Autoeficácia.	72
4.2.2 Enfrentamento.	74
<b>Capítulo V – Discussão</b>	<b>79</b>
5.1 Perfil das Participantes	79
5.2 Aspectos Psicossociais e Maternidade	80
5.3 Características de Cada Etapa	82
5.4 Autoeficácia e Enfrentamento	87
5.5 Psicologia e Método Canguru	89
5.6 Limitações e Sugestões de Estudos Futuros	90
<b>Capítulo VI - Considerações Finais</b>	<b>91</b>
Referências	93
Anexos	100
Anexo 1: Comprovante de Aprovação no CEP	101
Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
Anexo 3: Roteiros de Entrevista	103
Anexo 4: Instrumento para Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida	110
Anexo 5: Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)	113

## RESUMO

O número crescente de nascimentos prematuros no Brasil e no mundo representa um problema de saúde pública. Diante disso, surgiram modelos de assistência neonatal com propostas de humanização e de inclusão da família, como o Método Canguru (MC), que é composto de três etapas: duas hospitalares (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e enfermaria conjunta) e uma ambulatorial. O MC é o modelo adotado no Brasil como política pública atual para recém-nascidos prematuros de baixo peso. Diante da hospitalização do bebê prematuro, a mãe vivencia um início de maternidade marcado por estressores e demandas de desempenho em relação aos cuidados do filho. O objetivo do estudo foi identificar aspectos psicossociais, estratégias de enfrentamento e percepção de autoeficácia de mães de neonatos prematuros internados em unidade de referência do MC da rede pública de saúde do Distrito Federal. Para tanto, foi realizado estudo longitudinal de curto prazo com 10 mães, ao longo das três etapas do MC. Foram utilizados instrumentos quantitativos e qualitativos: Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), escala *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP-E)* adaptada para a língua portuguesa e roteiros de entrevista semiestruturados com questões sobre aspectos sociodemográficos, histórico familiar e gestacional, concepções maternas acerca da maternidade, bem como especificidades referentes às condutas maternas em cada etapa do MC. Estes instrumentos foram aplicados nas três etapas. A análise quantitativa de dados incluiu técnicas estatísticas e a qualitativa baseou-se em procedimentos de análise de conteúdo. Como principais resultados destacaram-se os dados sobre a diversidade do perfil das participantes indicando a importância de que não seja imposto às mães, no âmbito do MC, uma forma única de expressão da maternidade, baseada em um modelo idealizado. Os resultados sobre autoeficácia evidenciaram escores médios crescentes, com diferença estatisticamente significativa ao longo das três etapas, que sugerem a contribuição do MC na aquisição de maior autoeficácia materna. Os dados sobre as estratégias de enfrentamento revelaram um padrão que se manteve relativamente estável ao longo das três etapas de estudo, com o predomínio de estratégias focalizadas no problema, busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso e busca de suporte social. A análise dos escores médios das modalidades de enfrentamento não indicou diferença estatística significativa ao longo das três etapas. Os principais resultados das verbalizações maternas apontaram: para a associação entre plenitude da vivência de maternidade e realização de cuidados do bebê; ter um filho prematuro hospitalizado como uma experiência que trouxe crescimento pessoal; fontes de apoio social concentradas na família, em especial no pai e na avó materna do neonato. Na 1ª etapa, os relatos destacaram como mais difícil estar longe do bebê; nas 2ª e 3ª etapas os cuidados de amamentação e banho foram descritos como os mais difíceis. Houve predomínio de adesão à posição canguru e relatos de sentimentos maternos positivos diante dessa prática, porém as participantes que realizavam a posição em menor frequência no âmbito hospitalar apresentaram tendência a reduzir ou interromper essa prática em casa. A partir da perspectiva das mães que vivenciam o MC foi possível descrever o cotidiano de cada etapa, bem como as dificuldades e as características dos três momentos da aplicação do MC, permitindo a ampliação do conhecimento sobre o método e as subjetividades maternas no contexto da prematuridade. O estudo traz implicações para o aprimoramento do MC, a qualificação da equipe multiprofissional e o delineamento de intervenções mais efetivas e individualizadas.

Palavras-chave: Método Canguru, prematuridade, mães de bebês prematuros, enfrentamento, autoeficácia.



## ABSTRACT

The increasing number of preterm births in Brazil and in the world represents a public health problem. Therefore, models with proposals for neonatal care and humanization including the family emerged, such as the Kangaroo Method (KM), which consists of three steps: two at hospital environment (Neonatal Intensive Care Unit and joint nursery) and one at follow-up attendance. The KM is the model adopted in Brazil as current public policy for premature infants of low birth weight. Facing the hospitalization of premature baby, the mother experiences the beginning of parenthood marked by stressors and demands of performance in relation to the care of the child. The aim of this study was to identify psychosocial factors, coping strategies and perceived self-efficacy of mothers of premature neonates hospitalized at a reference KM neonatal unit of the public health system of the Federal District at Brazil. Therefore, a longitudinal study was conducted with 10 mothers throughout the three stages of the KM. Were used quantitative and qualitative instruments: Scale Ways of Coping (EMEP), scale Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP-E) adapted into Portuguese, and semi-structured interview guide with questions about socio-demographic data, family history and gestational, maternal conceptions about motherhood, as well as specific characteristics regarding maternal behaviors at each stage of KM, applied in three steps. For quantitative analysis of data were applied statistical techniques, and for qualitative analysis was based on content analysis procedures. As main results highlighted the data on the diversity profile of participants indicating the importance of not imposing on mothers, within the KM, a unique form of expression of motherhood, based on an idealized model. The results showed that mean scores on self-efficacy increased, with statistically significant differences across the three stages, suggesting the contribution of MC to acquire greater self-efficacy mother. Data on coping strategies revealed a pattern that has remained relatively stable over the three stages of study, with the predominance of strategies focused on the problem, search for religious practices / wishful thinking and seeking social support. The analysis of the mean scores of coping modalities indicated no statistically significant differences across the three stages. The main results of maternal verbalizations indicated: the association between perception of plenitude motherhood experience and performing baby care; having a hospitalized premature baby as an experience that brought personal growth; sources of social support were concentrated in the family, especially the father and the maternal grandmother of the newborn, in the 1st stage, the reports highlighted how most difficult of this stage was being away from the baby, in the 2nd and 3rd stages the care of breastfeeding and bathing were described as the most difficult; were described predominance of adherence to the kangaroo position and reports of positive maternal feelings during this practice, but the participants who performed the position less frequently at hospital stages, tended to reduce or discontinue this practice at home. From the perspective of mothers who experience the KM, it was possible to describe the daily life of each stage, as well as the difficulties and characteristics of the three stages of applying KM, allowing the expansion of knowledge about the method and maternal subjectivities in the context of prematurity. The study has implications for improving the KM, the qualification of the multidisciplinary staff and the design of more effective and individualized interventions.

Keywords: Kangaroo Method, prematurity, mother of premature newborn babies, coping, self-efficacy.

## Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos e familiares das participantes (N=10)	38
Tabela 2. Características da gestação, do parto e do bebê das participantes (N=10)	39
Tabela 3. Duração da internação nas etapas hospitalares (em dias)	39
Tabela 4. Cuidado mais difícil e cuidado mais fácil na 2ª etapa	53
Tabela 5. Cuidado mais difícil e cuidado mais fácil na 3ª etapa	60
Tabela 6. Realização da posição canguru ao longo das três etapas	62
Tabela 7. Práticas de amamentação das participantes nas três etapas (N=10)	67
Tabela 8. Fontes de apoio relatadas pelas participantes nas três etapas do MC	71
Tabela 9. Escores das participantes nos três momentos de aplicação da PMP S-E e escores médios e desvios-padrão nas três etapas	73
Tabela 10. Escores das participantes nos três momentos da aplicação da EMEP no fator focalização no problema com escores médios e desvios-padrão	74
Tabela 11. Escores das participantes nos três momentos da aplicação da EMEP no fator focalização na emoção, com escores médios e desvios-padrão	75
Tabela 12. Escores das participantes nos três momentos da aplicação da EMEP no fator busca por suporte social com escores médios e desvios-padrão	76
Tabela 13. Escores das participantes nos três momentos da aplicação da EMEP no fator busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso com escores médios e desvios-padrão	77
Tabela 14. Amostras pareadas, diferença das médias, valores do teste não paramétrico e nível de significância nas variáveis autoeficácia estratégias de enfrentamento	78

## Lista de Figuras

Figura 1. Eixos temáticos nas três etapas	47
---	----

**Lista de Siglas**

EBPN	Extremamente Baixo Peso ao Nascer
EMEP	Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas
KMC	<i>Kangaroo Mother Care</i>
MBPN	Muito Baixo Peso ao Nascer
MC	Método Canguru
MMC	Método Mãe Canguru
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
PMS-E	<i>Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy</i>
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTINs	Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

## **Apresentação**

Esta proposta de pesquisa surgiu do interesse no tema em função da experiência profissional da pesquisadora, que atua desde 2005 como psicóloga da Unidade de Neonatologia de instituição de saúde de destaque na assistência materno-infantil da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. O interesse decorreu também do desafio em proporcionar um atendimento no contexto de neonatologia que tenha como foco as necessidades do recém-nascido e de sua mãe, dentro da proposta do Método Canguru, política pública brasileira para neonatos prematuros de baixo peso, que atualmente se soma às ações governamentais que compõem a Rede Cegonha de assistência a gestante, puérpera e a primeira infância, com o intuito de reduzir a mortalidade infantil e materna.

O tempo de atuação profissional em neonatologia possibilitou aquisição de experiência prática acumulada acerca da atenção a mães de neonatos prematuros no MC. Esta proposta de estudo surgiu da necessidade de produção científica que refletisse os conteúdos presentes nas verbalizações do dia-a-dia das mães, de forma a possibilitar intervenções profissionais mais realistas e adaptadas a contextos específicos.

A dissertação está organizada em seis capítulos, além desta apresentação. O Capítulo I trata da revisão de literatura realizada para subsidiar e contextualizar temas relevantes associados à realidade do Método Canguru. No Capítulo II apresenta-se uma breve justificativa do trabalho e os objetivos que nortearam a pesquisa.

O Capítulo III descreve o método, incluindo o delineamento do estudo, os instrumentos, os procedimentos de coleta de dados, o perfil das participantes e a forma como os dados foram analisados.

O Capítulo IV contém os resultados da pesquisa, sendo dividido em duas partes principais. A primeira contém os dados referentes às verbalizações das participantes oriundas dos roteiros de entrevista. A segunda parte apresenta os dados dos instrumentos quantitativos empregados no estudo.

No Capítulo V, os resultados foram discutidos. Por último, o Capítulo VI trata das considerações finais do estudo.

## Capítulo I

### Revisão da Literatura

Diante da hospitalização do bebê prematuro, a mãe vivencia um início de maternidade marcada por estressores e demandas de desempenho em relação aos cuidados do bebê, além de sua separação. A fragilidade do bebê prematuro e as fases de seu desenvolvimento e recuperação no contexto hospitalar aumentam a importância dos cuidados maternos neste contexto.

O papel importante da mãe para a recuperação do filho prematuro, para a construção e fortalecimento do vínculo afetivo, bem como para o desenvolvimento do recém-nascido, leva à necessidade de uma proposta de acompanhamento neonatal que avalie as condições médicas e psicossociais, além do impacto da hospitalização e da prematuridade para a mãe. A literatura vem destacando também a importância de uma abordagem individualizada, em que a subjetividade materna e as particularidades de cada família sejam respeitadas e incluídas no processo de cuidados da saúde do neonato.

#### 1.1 Psicologia da Saúde Neonatal

O fortalecimento da concepção biopsicossocial permite ampliar a compreensão do processo saúde-doença como interação complexa de fatores biológicos, sociais e psicológicos (Guimarães, 1999). A psicologia da saúde foi descrita por Matarazzo, em 1980, como o conjunto de contribuições específicas, educacionais, científicas e práticas da Psicologia, para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e disfunções associadas (Ogden, 1999).

A pediatria passou também a ser objeto de interesse da psicologia. Segundo Castro (2007), a psicologia pediátrica institucionalizou-se em 1968, quando um grupo de profissionais interessados no cuidado à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias reconheceram a necessidade de avaliar e intervir junto a esses indivíduos, e formaram a Divisão 54 da *American Psychological Association* (APA, 2011).

A neonatologia é definida como um campo da pediatria que estuda o recém-nascido em seus primeiros 28 dias de vida (Papageorgiou, Pelausa, & Kovacs, 2007). Esta área tem apresentado rápido desenvolvimento e fortalecimento, porém este não vem sendo acompanhado por estudos sistemáticos dos processos psicológicos que envolvem o neonato nascido pré-termo, sua mãe e familiares.

A psicologia da saúde neonatal emerge como uma subdisciplina da psicologia da saúde e é definida por Adamson-Macedo (2004) como o “estudo científico dos processos biopsicossociais e comportamentais de saúde, doença e cuidados de saúde do recém-nascido prematuro (e a termo) durante seus primeiros 28 dias de vida e a relação destes processos com seu desenvolvimento

futuro” (p. 11). Segundo esse autor, um dos maiores desafios para a psicologia da saúde neonatal é demonstrar que o recém-nascido prematuro tem desenvolvimento sensório-perceptivo e, portanto, é objeto de estudo da psicologia, assim como seu ambiente e sua família.

## **1.2 Prematuridade e Baixo Peso ao Nascer**

O nascimento prematuro é definido como aquele que ocorre antes de completar a 37ª semana de gestação e o recém-nascido de baixo peso é aquele que ao nascer pese menos que 2500 g, conforme o Manual de Assistência ao Recém-Nascido do Ministério da Saúde (Brasil, 2011). Estas classificações ganharam mais variações em razão do aumento da sobrevivência e das características desta população de recém-nascidos. As classificações de peso ao nascer passaram a incluir denominações para os bebês com “muito baixo peso” (MBPN) como aqueles neonatos com peso inferior a 1.500g. A partir da década de 1990 tornou-se necessária a inclusão de mais uma categoria, “extremamente baixo peso ao nascer” (EBPN) para os neonatos abaixo de 1000g, conforme Papageorgiou, et al. (2007).

A literatura destaca alguns fatores associados ao nascimento prematuro, tais como: infecções (por exemplo, do trato geniturinário), partos múltiplos, hipertensão arterial, colo uterino curto, tabagismo e uso de drogas ilícitas durante a gestação, ganho de peso insuficiente ao longo da gravidez, intervalo entre partos curto, partos prematuros anteriores, extremos de idade materna, dentre outros (Bettioli, Barbieri, & Silva, 2010).

Os avanços na tecnologia de imagem durante a gravidez possibilitaram avaliar o desenvolvimento do feto no útero, precisar a idade gestacional e aumentar o conhecimento sobre a maturidade orgânica do bebê. Estas informações permitem complementar a avaliação do recém-nascido, porque nem todos os neonatos que possuem o mesmo peso apresentam as mesmas características, pois estas variam conforme a idade gestacional.

Os recém-nascidos prematuros passaram a ser divididos em três categorias, conforme a idade gestacional: prematuridade limite - compreende o grupo de bebês nascidos entre a 37ª e a 38ª incompletas semanas de gestação; prematuridade moderada - quando o bebê nasce entre 31ª e 36ª semanas; prematuridade extrema - inclui aqueles cuja idade gestacional é menor ou igual a 30 semanas e apresentam, como consequência desta maior imaturidade, problemas mais frequentes e mais graves, sobretudo os menores que 27 semanas.

As classificações atuais em neonatologia consideram tanto o peso de nascimento quanto a idade gestacional para avaliar o recém-nascido, pois estes parâmetros permitem correlacionar as características de crescimento intrauterino com a maturidade orgânica, o que possibilita avaliar problemas específicos, diagnósticos e prognósticos. Dessa forma, utilizam-se atualmente a terminologia Pequeno para a Idade Gestacional (PIG), pois engloba o peso e a idade gestacional. Esta população de neonatos é mais vulnerável e imatura fisiologicamente e, por esta razão,

possuem maior necessidade de internação em uma Unidade de Neonatologia, conforme Papageorgiou et al (2007).

A taxa de nascimentos prematuros é o principal determinante da mortalidade e morbidade neonatal e pode representar a ocorrência de consequências adversas para a saúde e desenvolvimento do bebê, para sua mãe e para sua família.

### **1.3 Nascimento prematuro no mundo, no Brasil e no Distrito Federal**

Levantamento da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizado por Beck et al (2010) sobre a incidência de partos prematuros no mundo, revelou que cerca de 28% das mortes de bebês, nascidos vivos, na primeira semana de vida são em decorrência da prematuridade. O estudo identificou ainda que aproximadamente 9,6% do total de nascimentos no mundo, no ano de 2005, foram prematuros. Isto significa um quantitativo aproximado de 12,9 milhões de nascimentos prematuros em nível mundial. O levantamento indicou que, do quantitativo total de nascimentos prematuros, aproximadamente 11 milhões, isto é 85% do total, ocorreram no continente africano e asiático, e 0,9 milhões na América Latina e Caribe. Ainda segundo este estudo, em alguns países desenvolvidos a taxa de nascimentos prematuros variou de 5% a 7% e na América do Sul esta taxa foi de 7,9%.

No Brasil, o número de partos prematuros realizados antes da 37ª semana de gestação, de acordo com dados do Ministério da Saúde, aumentou 13% entre 1995 e 2005, conforme Barros et al. (2008), em um estudo sobre a prevalência de prematuridade realizado em Pelotas no Rio Grande do Sul (RS), mostrou um aumento de sua incidência ao longo do tempo, passando de 6% em 1982, para 7,5% em 1993, chegando a 15% no ano de 2004. Este estudo exemplifica a taxa crescente de nascimentos prematuros, ainda que em um contexto municipal

Entre as causas perinatais de mortalidade infantil, 61,4% estão associadas com a prematuridade, o que confere a essa condição um papel importante nos óbitos infantis e, portanto, intervenções potencialmente efetivas são necessárias para a redução da mortalidade (Silveira et al, 2008). No Distrito Federal, em 2008, segundo o Ministério da Saúde, 9,7% dos nascimentos ocorreram anteriores a 37ª semana de gestação, sendo que os recém-nascidos apresentavam baixo peso ao nascer. Ao analisar o total de óbitos infantis no Distrito Federal, em 2008, em relação aos parâmetros de duração de gestação e de peso no nascimento, foi encontrado que 61% da mortalidade infantil da região esteve associada à prematuridade e ao baixo peso no nascimento (Brasil, 2011).

Diante dos dados mundiais, nacionais e do Distrito Federal, é possível comprovar as conclusões de Bibby e Stewart (2004), ao afirmarem que o número crescente de partos prematuros ao redor do mundo evidencia a característica epidemiológica da prematuridade. O aumento da incidência de neonatos de baixo peso e de nascimentos prematuros representa um problema de saúde pública por aumentar a necessidade de internação destes pacientes em uma Unidade de



Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Os atuais avanços tecnológicos e humanísticos, que contribuíram para o aumento da expectativa de sobrevivência dos recém-nascidos prematuros e de baixo peso, têm focalizado o desenvolvimento adequado das crianças, e o equilíbrio das necessidades biológicas, ambientais e familiares. Nessa perspectiva, tem se consolidado em diversos países como estratégia de atenção perinatal o Método Mãe Canguru (MMC), como forma de contribuir para a redução da mortalidade infantil e favorecer o desenvolvimento integral da criança e da família (Costa & Monticelli, 2005).

#### **1.4 Método Canguru**

O Método Canguru (MC), também denominado Método Mãe Canguru (MMC) ou *Kangaroo Mother Care* (KMC), é uma estratégia de assistência ao bebê de baixo peso ao nascer criada na Colômbia em 1979, em resposta a superlotação e insuficiência de recursos das unidades de terapia intensiva neonatal, somados aos elevados índices de morbidade e mortalidade entre os recém-nascidos de baixo peso (Charpak et al, 2005). O MC foi desenvolvido pelos neonatologistas Héctor Martínez e Edgar Rey Sanabria do Instituto Materno-Infantil do Hospital San Juan de Dios de Bogotá. O método, inicialmente, consiste em colocar o bebê entre os seios maternos, em contato pele a pele, de forma que o ventre do bebê fique em contato com o corpo da mãe. Observou-se que mantendo o bebê aquecido com o corpo da mãe, o bebê poderia sair mais cedo da incubadora e, por consequência, ter alta hospitalar precoce, diminuindo a exposição a infecções e outros aspectos adversos do ambiente hospitalar (Lamy, Gomes, Gianini, & Hennig, 2005).

Antes da criação do MC, Guimarães e Monticelli (2007) destacaram que os serviços de neonatologia não permitiam visitas e a mãe somente tinha contato com seu filho no momento da alta hospitalar, que podia levar meses. Em sua criação o método visava suprir a falta de recursos materiais e financeiros, o que impedia que os bebês ficassem integralmente nas incubadoras; posteriormente se constataram os benefícios do método no desenvolvimento dos bebês (Moreira Romagnoli, Dias, & Moreira, 2009). Observou-se que o contato pele a pele prolongado entre mãe e filho favorecia também a formação de vínculos afetivos e um melhor desenvolvimento do bebê, conforme destacaram Lamy et al. (2005).

A proposta MC contribuiu para a transformação da assistência ao bebê de baixo peso promovendo uma assistência mais humanizada (Barradas, Fonseca, Guimarães, & Lima, 2006). É um conceito de cuidado neonatal que possibilita o aumento da interação e apego dos pais com seus filhos recém-nascidos durante a hospitalização, possibilitando a transformação da crise do nascimento prematuro e da internação em uma experiência mais gratificante para toda a família (Nyqvist et al., 2010b).

A ênfase da assistência do MC está no paradigma da não separação entre bebê e pais, sendo que estes devem ter livre acesso e permanência garantida nos espaços de cuidado. Há estímulo à comunicação pais-bebê, adaptação do ambiente hospitalar para promover mais conforto para o

bebê e seus pais, além de participação dos pais nos cuidados com seu filho, assim que possível. Também é foco da proposta que os pais recebam orientações sobre como observar e interpretar sinais comportamentais de estabilidade e instabilidade do bebê, estímulo à manutenção do bebê em posição canguru o maior tempo possível, mesmo durante procedimentos, por meio do auxílio da equipe para que realizem a posição canguru. Nessa perspectiva, os pais são vistos como parceiros nos cuidados com o bebê prematuro (Nyqvist et al., 2010b). As legislações brasileiras sobre o Método Canguru também se apoiam nestes pressupostos, conforme estabelecem as duas edições do manual técnico do método canguru e portarias do Ministério da Saúde (Brasil, 2002, 2007, 2011).

A proposta do Método Canguru completou 30 anos em 2009, e muitos avanços e benefícios foram alcançados, que expandiram as fronteiras da Colômbia e mudaram a forma da assistência neonatal e tiveram impacto positivo na sobrevivência de recém-nascidos de baixo peso em muitos países, inclusive no Brasil. Contudo, conhecer o panorama atual do método e suas aplicações, bem como analisar a produção científica relacionada ao tema, podem contribuir para promover reflexões sobre os desafios ainda presentes e na proposição de avanços futuros para o método, proposta desta seção.

A produção científica sobre o MC é multidisciplinar e as publicações encontram-se em diversos tipos de periódicos, como medicina, enfermagem, psicologia, saúde pública e outros. Os temas e os dados dos materiais encontrados serão apresentados a seguir e posteriormente será apresentada uma discussão sobre algumas possibilidades de avanço do Método Canguru, com enfoque no contexto brasileiro. Optou-se, no presente estudo, pela denominação Método Canguru, tal como adotado atualmente pela política pública brasileira.

#### **1.4.1 Benefícios do Método Canguru.**

A proposta Método Canguru contribuiu para a transformação da assistência ao bebê de baixo peso promovendo uma assistência mais humanizada (Barradas et al., 2006). É um conceito de cuidado neonatal que possibilita o aumento da interação e apego dos pais com seus filhos recém-nascidos durante a hospitalização, possibilitando a transformação da crise do nascimento prematuro e da internação em uma experiência mais gratificante para toda a família (Nyqvist et al., 2010b). Costa e Monticelli (2005) enfatizam que o MMC é uma estratégia de atenção perinatal que se baseia na humanização, na redução da mortalidade infantil e no desenvolvimento integral da criança e da família.

Muitos resultados da aplicação do método são universais e independentes do contexto socioeconômico e do modelo de assistência neonatal. A literatura internacional e nacional e as políticas públicas brasileiras sobre o Método Mãe Canguru destacam a eficiência do método para o bebê e para os pais com benefícios fisiológicos e psicológicos, mesmo em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) com alta tecnologia (Nyqvist et al., 2010a).

Conforme a literatura, o MC contribui para a estabilidade clínica (na unidade de saúde e no transporte do recém-nascido), incluindo: redução da dor, menores níveis de cortisol, redução da exposição a infecções, melhor controle térmico do bebê e contribui para maior prevalência do aleitamento materno. Outras vantagens são: apresenta benefícios no desenvolvimento neurocomportamental e psicomotor, promove a diminuição da permanência hospitalar, favorece melhor relacionamento da família com a equipe de saúde e apresenta efeitos positivos no desenvolvimento e na interação dos pais com o bebê (Brasil, 2002, 2007, 2010, 2011; Hall & Kirsten, 2008; Lamy et al., 2005; Nyqvist et al., 2010a, 2010b; Rintaro, Khanna, Pledge & Nakayama, 2010; Tallandini & Scalembra, 2006).

A literatura também destaca como benefícios do MC resultados que envolvem aspectos psicológicos para os pais, em especial para a mãe do recém-nascido pré-termo, como recuperação parental da crise de nascimento prematuro, menor tempo de separação mãe-filho, melhor interação entre pais e bebê, promoção do apego e afetividade entre mãe e filho, aumento da sensibilidade dos pais aos sinais do filho, redução de sintomas maternos de depressão pós-parto, favorecimento de maior competência e confiança dos pais no manuseio de seu filho de baixo peso (mesmo após a alta hospitalar). Favorece ainda a redução do estresse e da ansiedade maternos e da percepção de dificuldade da mãe, favorecendo o aumento da competência materna, o empoderamento dos pais que se sentem mais sensíveis às demandas do filho (Brasil, 2002, 2007, 2010, 2011; Hall & Kirsten, 2008; Lamy et al., 2005; Nyqvist et al., 2010a, 2010b; Rintaro, et al., 2010; Tallandini & Scalembra, 2006).

Andreani, Custódio e Crepaldi (2006) salientam que o nascimento prematuro apresenta-se como uma situação traumática para a mãe, pois, além do risco de perda iminente do filho, esta se vê diante de um bebê frágil e muito pequeno, diferente do idealizado por ela e pelo pai, aspecto também destacado nas duas edições do manual técnico do Programa Canguru do Ministério da Saúde (Brasil, 2002, 2011).

Tallandini e Scalembra (2006) realizaram estudo com objetivo de investigar o impacto psicológico do MC em mães de bebê prematuros e compará-las com mães que receberam o cuidado neonatal tradicional. Os resultados apontaram para uma melhor interação mãe-filho, redução de estresse emocional materno, melhor habilidade do bebê de fazer requisições e responder à interação com a mãe no grupo daquelas que realizaram o MMC. Ademais, as mães expressaram satisfação com as interações com seus bebês antes, durante e após segurá-los na posição canguru, permitindo maior familiarização da mãe com seu bebê. As autoras apontaram para a influência do MC em três vertentes: apego e interação afetiva entre mãe-bebê, bem-estar materno e desenvolvimento da criança, destacando também que o MC atua como catalizador da interação inicial entre mãe e filho por mantê-las próximas do cuidado de seus recém-nascidos prematuros.

Em outras pesquisas as mães também relataram que realizar a posição canguru ensinou a maternar, a observar as dicas comportamentais de seu bebê, facilitando a realização de condutas

maternas para aumentar o conforto do filho. Os autores mencionaram ainda a importância do MC para o desenvolvimento precoce do papel materno (Hall & Kirsten, 2008; Lamy et al., 2005).

Em consonância com resultados de estudos mencionados, o Ministério da Saúde (Brasil, 2002) destaca as vantagens do Método Canguru:

aumento do vínculo mãe-filho; menor tempo de separação mãe-filho; estímulo ao aleitamento materno; favorecimento de maior competência e confiança dos pais no manuseio de seu filho de baixo peso mesmo após a alta hospitalar; melhor controle térmico do bebê; menor número de recém-nascidos em unidades de cuidados intermediários, devido à maior rotatividade de leitos; melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; redução da infecção hospitalar; e diminuição da permanência hospitalar (p.18).

#### **1.4.2 Aplicações do Método Canguru.**

A aplicação do método MC em diversos países pode se configurar de formas distintas, segundo Lamy et al. (2005). Entre os aspectos divergentes estão fatores singulares das realidades nacionais tais como: condições econômicas e tecnológicas, a organização da assistência neonatal, além de valores culturais e de localização geográfica (Charpak et al., 2005).

Aspectos relativos ao modo de executar o método também diferem em diferentes localidades. Nyqvist et al. (2010b) destacaram duas formas principais de praticar o MC: (1) de forma contínua em que o ideal é a mãe e o bebê permanecerem 24 horas por dia em contato pele a pele (mais utilizado em contextos de recursos econômicos desfavoráveis, embora também empregado em países desenvolvidos); (2) MC intermitente em que mãe e bebê permanecem algumas horas por dia na posição canguru (mais utilizados em ambientes com alta tecnologia). Esta forma de aplicação também é denominada de “cuidado pele a pele” ou “cuidado canguru”.

Ao invés de focar na distinção de MC Contínuo ou MC Intermitente, a implementação deveria ter como alvo a progressão gradual do tempo na posição canguru, que deve ocorrer em combinação com o suporte e empoderamento dos pais e da família. O 7º Workshop Internacional de Método Mãe Canguru enfatizou a recomendação quanto à prática do MMC e o contato pele a pele sempre que possível entre pais e bebê, também em ambientes que empregam alta tecnologia na assistência neonatal (Nyqvist et al., 2010a).

A seguir, apresentam-se aspectos da aplicação do Método Canguru em contextos colombiano, internacional e brasileiro.

#### **1.4.3 Método Canguru em diversos países.**

Na Colômbia, país de origem do método, o programa canguru é predominantemente domiciliar, inicialmente diário, com ênfase no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê. As mães são orientadas a realizar o MC Contínuo. A fase hospitalar do método tem como

objetivo preparar a díade para a prática no domicílio, com foco no aleitamento materno, no reconhecimento de sinais de alerta do bebê e a alta precoce. Não existe, portanto, uma unidade canguru hospitalar (Lamy et al., 2005).

A partir de 1984, o MMC passou a ser amplamente divulgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), devido aos bons resultados alcançados e relatados na literatura científica mundial por vários autores (Brasil, 2010). A partir da experiência colombiana e sua divulgação pela UNICEF, outros países passaram a adotar o método, que internacionalmente passou a ser denominado Kangaroo Mother Care (KMC).

Em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu as diretrizes para o MC, tanto para países com condições socioeconômicas precárias quanto para aqueles com melhor desenvolvimento e níveis de renda. Embora as recomendações fossem para a aplicação do método nos diversos contextos de assistência neonatal, a ênfase era promover o MMC nos locais de maior necessidade em razão de altos índices de morbidade e mortalidade neonatal, escassez de profissionais de saúde e de instalações de cuidados médicos. Eram destacados três aspectos: posição canguru, aleitamento materno e alta hospitalar precoce com acompanhamento ambulatorial adequado (Charpark & Ruiz-Peláez, 2006; Nyqvist et al., 2010a).

O MC atualmente é aplicado em cerca de 80 países como, por exemplo, Israel, Índia, Itália, Alemanha, França, Reino Unido, Noruega, Suécia, Vietnã, países diversos do continente africano e da América Latina. Na Europa, Estados Unidos e Canadá as recomendações de aplicação do MC valorizam o modo intermitente, com algumas horas por dia. Em países com menos recursos o método é utilizado como técnica de substituição de incubadoras. Já em países desenvolvidos é aplicado como forma complementar à assistência neonatal com base em recursos tecnológicos, como uma técnica de humanização da assistência, ao promover o vínculo mãe-filho e desenvolver mais segurança da família para manusear o bebê prematuro, além de estimular o aleitamento materno (Tallandini & Scalembra, 2006; Lamy et al., 2005).

#### **1.4.4 O Método Canguru no Brasil.**

O programa canguru no Brasil não tem como objetivo a substituição de incubadora ou de outra tecnologia, mas visa uma mudança institucional na busca de atenção à saúde centrada na humanização da assistência e no princípio da cidadania da família (Lamy et al., 2005; Brasil, 2002, 2011). A visão brasileira do Método Canguru trouxe uma mudança do paradigma da atenção perinatal, em que as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos clássicos.

A proposta brasileira do MC que vai ao encontro a Política Nacional de Humanização (PNH) instituída pelo Ministério da Saúde a partir de 2004, também destacado por Moreira et al (2009), estabelece uma abordagem humanística de modo que a assistência em neonatologia é fundamentada em três componentes: o bebê enfermo, a mãe/família do bebê e a equipe de saúde,

caracterizando a trilogia da assistência humanizada (Araújo, Rios, Santos, & Gonçalves, 2010). No contexto da assistência humanizada, o objetivo do programa não é apenas favorecer a melhora das condições de saúde do bebê – apresentando uma nova forma de cuidado – mas também incentivar a formação do vínculo entre mãe e bebê, como destacam Moreira et al. (2009). Frente ao pioneirismo das iniciativas de humanização, o campo da assistência neonatal configura-se também como um espaço de aprendizagem sobre as potencialidades, os limites da proposta de humanização e os ajustes realizados na assistência para a adoção de tal ideário (Souza & Ferreira, 2010).

No Brasil, a implantação do MC ocorreu no início da década de 1990, inicialmente em São Paulo e Pernambuco, como alternativa para a otimização de leitos neonatais e como forma de favorecer o contato precoce entre mãe e filho. Em 1999, foi realizada uma Conferência Nacional sobre o MC, quando foram apresentadas as experiências com o método nas diferentes regiões do país.

Com o lançamento do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, o Ministério da Saúde instituiu normas para a implantação do método por meio da Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000 (Caetano, Scochi & Angelo, 2005). Desde então o Método Canguru passou a ser adotado como política pública para a humanização da assistência a recém-nascidos de baixo peso, fato que dá destaque ao país internacionalmente, como destacam Lamy et al. (2005) e Nyqvist et al. (2010b).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou a primeira edição do manual técnico do Método Canguru (Brasil, 2002) para treinamento das equipes de saúde para atuar no programa, como forma de contribuir para a disseminação e ampliar sua implantação. Este material destaca que se trata de uma modalidade de assistência neonatal que:

Implica no contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, assim, uma maior participação dos pais no cuidado de seu recém-nascido (p. 18).

A “posição canguru” consiste, segundo o mesmo manual, “em manter o recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito de um adulto” (p. 18). Essa posição é um diferencial da proposta brasileira, em que outras pessoas, não exclusivamente a mãe, possam realizar o cuidado pele a pele com o recém-nascido.

Em 12 de julho de 2007, entrou em vigor a Portaria do Ministério da Saúde nº 1683, revogando a Portaria anterior (Portaria nº 693 de 5 de julho de 2000), que fez a atualização das normas de orientação para a implantação do Método Canguru. O documento enfatiza que o método é um modelo humanizado de assistência perinatal que reúne estratégias de intervenção biopsicossociais, fundamentadas na redução do tempo de separação entre mãe e recém-nascido. Esta norma também destaca o bem-estar da díade, isto é, mãe-bebê, conforme observa Vêras e

Traverso-Yépez (2010), por meio de uma proposta de assistência neonatal que contemple a perspectiva do desenvolvimento do bebê, que também prevê a participação de familiares no processo, inclusive avós e irmãos. A população a que se destina o Método Canguru envolve gestantes de risco para nascimento de crianças prematuras de baixo peso, recém-nascidos de baixo peso (bebês pré-termo e a termo), mãe, pai e família do recém-nascido de baixo peso. Recentemente o Ministério da Saúde lançou a 2ª edição do Manual Técnico do Método Canguru (Brasil, 2011), que teve como base a Portaria MS nº 1683 de 2007. A aplicação do método no Brasil emprega o termo Método Canguru, ao invés de Método Mãe Canguru. Esta mudança na terminologia visa enfatizar a participação não somente da mãe nos cuidados com o recém-nascido, mas também destacar a participação do pai nesses cuidados, bem como de outros familiares (Lamy et al., 2005; Brasil, 2011).

A partir da Portaria nº 1.459 de 24 de julho de 2011 do Ministério da Saúde, o Método Canguru passou a compor o conjunto de estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) denominada Rede Cegonha, que “visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como a criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”. Com o intuito de reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal, a proposta da Rede Cegonha estabelece o atendimento adequado, seguro e humanizado desde o planejamento familiar e a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até a atenção integral à saúde do bebê nos seus dois primeiros anos de vida.

Outro ponto de destaque da nova norma em relação à aplicação do MC no contexto brasileiro é a ênfase em estimular a permanência de mãe e filho na posição canguru pelo tempo que ambos considerarem prazeroso, sem determinar quantidade de tempo de realização da posição ou estabelecer a forma contínua ou intermitente. Ademais, há destaque para os cuidados e a preocupação da equipe de saúde quanto à manutenção da qualidade do ambiente, como por exemplo, o controle do ruído na unidade neonatal.

Uma pesquisa, realizada no contexto brasileiro (Lamy et al., 2011), sobre os contrastes da construção do papel materno por mães de bebês prematuros internados em maternidades que adotavam o modelo tradicional de assistência neonatal em comparação com maternidades onde a metodologia canguru era aplicada, revelou que as unidades que empregavam o MC possibilitaram a construção da autoimagem materna a partir das experiências decorrentes do contato pele a pele e a participação nos cuidados do bebê, de forma a influenciar a expectativa positiva em relação ao período pós-alta hospitalar e a projetos de vida para o bebê. O estudo apontou que, nas unidades que adotavam o modelo de assistência tradicional, prevaleceu no discurso das mães referências ao medo em relação à saúde do bebê e receio do contexto pós-alta.

De acordo com o manual técnico do MC (Brasil, 2002, 2011), este é composto de três etapas: duas fases hospitalares e uma ambulatorial. A primeira etapa ocorre após o nascimento do

recém-nascido que, impossibilitado de ficar junto à mãe no alojamento conjunto, necessita de internação na unidade de cuidados neonatal.

Nesta etapa a orientação é estimular o livre acesso dos pais à unidade neonatal, propiciando, sempre que possível, o contato tátil com a criança. Outras recomendações da metodologia MC para esta fase são: estímulo à amamentação; início do contato direto pele a pele entre a mãe e o bebê de forma progressiva até a colocação do bebê sobre o tórax da mãe ou do pai (a posição canguru); e orientação para que a unidade de cuidados neonatal possa assegurar a permanência da mãe na unidade hospitalar. Nesta fase do MC, o manual também estabelece condutas e orientações para que o serviço de saúde possa garantir ao bebê medidas de proteção ao estresse e à dor. Comportamentos e experiências maternas podem ser diferenciados em momentos distintos da internação.

A primeira etapa da metodologia canguru pode ocorrer no contexto de uma (UTIN) ou na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), porém nesses locais de assistência o Ministério da Saúde também reforça a atenção humanizada e o contato precoce do bebê com sua família. Esses procedimentos estão regulamentados pela Portaria MS nº 1071 de 4 de julho de 2005 (Brasil, 2005) e descritos nos manuais ministeriais sobre o MC, Brasil, 2002 e 2011. Durante a hospitalização na UTIN, o bebê necessita de maiores cuidados por parte da equipe de saúde, como, por exemplo, suporte respiratório e monitoramento constante. Nesta etapa, o estado de saúde do recém-nascido é mais grave e instável. A mãe sofre principalmente com a separação do filho, com o impacto de vê-lo internado numa UTIN e com a ansiedade diante da possibilidade de perdê-lo. O acesso e o toque da mãe a seu filho é restrito, apesar de garantido.

O discurso das mães é que não vão ser capazes de suportar o sofrimento dos filhos. É uma etapa de elevada tensão emocional materna. À medida que a saúde do bebê melhora, também melhora o acesso da mãe ao seu filho, vai aumentando, assim, o toque e o contato mãe-filho e o início da estimulação para amamentar, com base em observações da experiência e da prática no acompanhamento de mães de recém-nascidos hospitalizados.

Durante a fase UTIN, observa-se que a mãe apresenta ansiedade pela expectativa da alta, insegurança no atendimento ao filho e preocupação com a fase pós-alta hospitalar como, por exemplo, a sequência nos cuidados com a criança, as indagações sobre o desenvolvimento e a adaptação em razão de sequelas ou necessidades especiais de seu filho. Dessa forma, estudos da literatura nacional e internacional sobre a aplicação do MC no contexto de UTIN contribuem para compreensão das vivências maternas nestas experiências.

Como exemplo, o estudo no contexto italiano de Tallandini e Scalembra (2006) que descreveu ser muito comum mães de bebês prematuros relatarem sentimentos de desamparo, em consequência da percepção de que o nascimento prematuro do filho representa uma falha causada de alguma forma por ela própria. Frequentemente, o nascimento prematuro é um evento que poderá acarretar também aumento dos níveis de ansiedade materna. Este estudo apontou também que e a



aplicação do MC no âmbito de UTIN favoreceu a redução da ansiedade materna, em razão do contato precoce entre mãe e bebê, contribuindo para a familiaridade da mãe com seu filho. A redução do tempo de separação entre mãe e filho contribuiu, também, para reduzir a sensação de perda após a interrupção da gestação de forma prematura, favorecendo ainda a recuperação do senso de competência e eficácia materna. Um terceiro ponto de destaque em relação aos efeitos psicológicos do MC é que permite a redução de sensação materna de “maternidade incompleta” que mães de bebês prematuros costumam relatar.

Estudo norteamericano, realizado por Johnson (2007), sobre a experiência materna ao longo do MC no contexto de UTIN apontou para maior confiança materna em cuidar de seu bebê prematuro. As mães participantes da pesquisa relataram sentimentos de “sentir-se necessária” e de “sentir-se confortável” com a experiência de segurar o filho, independente do estado de saúde do bebê. Mães relataram, inicialmente, sentimentos de isolamento em uma enfermaria “caótica” após o nascimento de seu filho prematuro. Depois, elas expressaram que segurar seus bebês contribuiu para melhor compreensão das necessidades de seu bebê.

Outro estudo brasileiro realizado por Moreira et al. (2009) com o objetivo de investigar os efeitos do método canguru na relação entre mãe e bebê prematuro, apontou para a complexidade da construção da maternidade no contexto da prematuridade, atravessada pela vivência de trauma, pelo medo de perder o bebê, pela visão da fragilidade da criança. Diante disso, os autores reforçaram que o método canguru possibilita efetivamente a conexão entre mãe e bebê prematuro, colaborando para a vinculação entre ambos.

A segunda etapa do MC ocorre quando o recém-nascido encontra-se estabilizado clinicamente e em condições de ficar em acompanhamento contínuo com sua mãe em alojamento conjunto. As orientações do Ministério da Saúde (2002) para esta fase envolvem a manutenção da posição canguru pelo maior tempo possível, como um “estágio” para a alta hospitalar. Além da estabilidade clínica, o manual do MC (Brasil, 2002) define como critérios para que o bebê passe para a segunda etapa a nutrição enteral plena – ou seja, seio materno, sonda gástrica ou copo –, peso mínimo de 1.250g e ganho diário de peso maior que 15g.

O manual também destaca alguns critérios maternos para passar da primeira para a segunda etapa do MC que incluem o desejo da mãe em participar desse tipo de assistência, disponibilidade de tempo e rede social de apoio. Além disso, a orientação é que a decisão de mudança de etapa represente um consenso entre mãe, familiares e profissionais de saúde. Outros critérios para a mãe é que ela se sinta capaz de reconhecer sinais de estresse e situações de risco de seu bebê, assim como demonstrar conhecimento e habilidade em manejar o bebê em posição canguru. A orientação é permitir os afastamentos temporários da mãe de acordo com suas necessidades. Esta é a fase de maior estímulo ao aleitamento materno e à posição canguru e tem como objetivo principal o ganho de peso do bebê. O bebê vai para o quarto com a mãe onde permanecerá até a alta hospitalar.

O aleitamento materno exclusivo para os recém-nascidos prematuros ou de baixo peso hospitalizados é a meta preconizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011) para o MC, em razão dos diversos benefícios do leite humano para o crescimento e proteção do recém-nascido. Portanto, desde a 1ª etapa do método as mães são estimuladas a ordenharem leite materno para seus bebês, mesmo antes do neonato possuir condições de mamar diretamente no seio materno. A orientação do manual técnico do MC é que o contato precoce da mãe com o neonato e a participação nos cuidados constituem formas de promover o processo de amamentação (Brasil, 2011).

Na 2ª etapa do MC as orientações em relação à amamentação são intensificadas por meio de uma série de técnicas de transição do bebê para alimentação via oral, dentre elas a translactação – transição da alimentação por gavagem para sucção no peito, em que uma sonda liga um recipiente contendo leite materno previamente ordenhado e, com a sucção do bebê ao seio da mãe, ele recebe o conteúdo do recipiente – sonda-peito ou técnica da “mama vazia”. Nesse procedimento a mãe é orientada a esvaziar completamente a mama e oferecê-la ao bebê de forma a promover a estimulação não nutritiva do neonato no seio materno e, posteriormente, a dieta é oferecida ao recém-nascido por meio de sonda e alimentação por copinho, conforme orienta o manual técnico do método (Brasil, 2011).

Os critérios estabelecidos para a alta hospitalar, que representa o fim da segunda etapa do Método Canguru, são, conforme o manual técnico (Brasil, 2002), peso mínimo do recém-nascido de 1.600 gramas, que deverá estar em aleitamento materno exclusivo com ganho ponderal de peso. Outro aspecto a ser avaliado para a tomada de decisão quanto à alta é a segurança materna e familiar no que tange aos cuidados domiciliares com o bebê, assim como a motivação da família para dar continuidade ao trabalho iniciado na maternidade e para a realização do método pelo maior tempo possível.

Estudo realizado sobre as vivências de mães no alojamento conjunto do MC por Davin, Enders, Dantas, Silva e Nóbrega (2009) apontou três categorias temáticas originárias dos discursos das entrevistadas sobre a experiência: ajudar o desenvolvimento do filho, favorecer o contato com o bebê que ainda deveria estar no útero e esperar a cada dia o aumento de peso e adaptação do bebê. Os autores também destacaram que a experiência no alojamento conjunto pode contribuir para o resgate da maternidade e da segurança materna diante do nascimento prematuro do filho. No contexto do alojamento conjunto, o estudo destacou também a importância da participação do pai.

A terceira etapa é a fase ambulatorial que tem início após a alta hospitalar e segue até que o bebê atinja 2.500g. O esquema de retorno para acompanhamento na primeira semana é de dois em dois dias; na segunda semana é de três em três dias e, na terceira semana, de sete em sete dias. As recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 2002, 2011) para o acompanhamento ambulatorial do MC é que seja assegurado pelo serviço de saúde um esquema semanal de consultas até o bebê atingir 2.500g, sendo a 1ª consulta até 48 horas após a alta hospitalar.

O objetivo dessa etapa é acompanhar o desenvolvimento físico e psicológico do bebê, bem como modificar situações de risco – como ganho de peso inadequado e apneias – além de orientar e acompanhar resultados de tratamentos especializados (exames oftalmológicos e audiometria) e favorecer o esquema de imunizações. O tratamento da prematuridade é um processo longo e minucioso, visto que suas consequências não se resumem às complicações perinatais, mas continuam por muito tempo, exigindo cuidados especiais após a alta hospitalar do bebê. Assim, na extensão desse cuidado o envolvimento familiar é imprescindível (Araújo et al., 2010). Quanto menor a idade gestacional do recém-nascido e menor o peso de nascimento, levando-se em consideração as condições de saúde, maior a estimativa de tempo que ele ficará sob cuidados hospitalares.

Estudo de Araújo et al. (2010) sobre a fase domiciliar e ambulatorial, denominada 3ª etapa do MC, apontou que uma das maiores dificuldades dessa etapa, segundo a maioria das participantes, é a falta de recursos financeiros para o transporte até a unidade de saúde. Elas referiram ainda que as tarefas domésticas são o principal obstáculo para a prática da posição canguru do ambiente domiciliar. Os autores destacaram que os dados obtidos demonstraram que o apoio da rede familiar e da equipe de saúde possui papel fundamental para garantir a extensão do cuidado em domicílio.

Pesquisa realizada por Borck e Santos (2010), com o objetivo de investigar o processo de adaptação de famílias à terceira etapa do MC, constatou a necessidade de comunicação entre a equipe interdisciplinar, a revisão de critérios de alta dessa etapa, bem como o fortalecimento do papel da família na desospitalização, indo ao encontro da posição de Araújo et al. (2010). Esses autores observaram que a maioria das mães estudadas referiu pouco envolvimento familiar durante o período hospitalar e, após a alta hospitalar, houve até redução do envolvimento.

No cotidiano do MC, como destacam Davin et al. (2009), a família do bebê, e em especial a mãe, vivenciam dificuldades de adaptação, de manejo da amamentação, afastamento temporário do lar e outras transformações na rotina da família do recém-nascido prematuro. Cabe destacar que as mães desses bebês apresentam outras preocupações durante esse momento no hospital: os outros filhos, o marido/companheiro, a casa, o trabalho, entre outras.

#### **1.4.5 Método Canguru e maternidade no modelo brasileiro.**

Nesta seção analisaremos os conceitos de família e maternidade presentes na norma brasileira de aplicação do MC, com o propósito de conhecer e refletir sobre a prática do MC em diversos contextos. Ao analisar as duas edições do manual técnico MC (Brasil, 2002, 2011), constatou-se que a visão de família e maternidade permaneceu inalterada da primeira para a segunda edição, ou seja, para este aspecto do material não houve alterações significativas.

As concepções de maternidade presente nas normas brasileiras colocam a mãe em um papel central e responsável pelo desenvolvimento do seu bebê (Véras & Traverso-Yépez, 2010),

que realizaram um estudo mediante análise foucaultiana do discurso da primeira edição do manual publicado pelo Ministério da Saúde, em 2002. Na percepção das autoras, as práticas do MC estão voltadas muito mais para a aplicabilidade técnica do método, em detrimento do diálogo, valorização dos aspectos psicossociais do processo e expressão da individualidade das mães. Dentre os resultados encontrados pelas autoras, foi observado que no documento oficial de atenção ao neonato pré-termo prevalece o discurso prescritivo, universalista e de caráter impositivo. Nota-se também a apresentação de discursos com idealização da maternidade saudável, responsabilizando os pais pelo desenvolvimento do bebê. Ademais, o processo de vínculo afetivo mãe-bebê é apresentado numa perspectiva prevalente em mulheres e suas famílias nucleares de classe média.

Os conceitos de maternar e paternar presentes no material, segundo Vêras e Traverso-Yépez (2010), trazem afirmações sobre a existência de “raízes universais” quanto à formação de padrões interativos entre o bebê e sua família. Dessa forma, os pais são apresentados, no manual técnico, desenvolvendo atividades rotineiras e estereotipadas: a mãe cuida da casa e dos filhos, enquanto o pai sai para o trabalho, representando uma visão engendradora do funcionamento familiar tradicional com papéis rígidos de gênero.

Outro ponto destacado por Vêras e Traverso-Yépez (2010) é a idealização da figura paterna, que é descrita como um pai presente, provedor, que apoia a esposa e acompanha os cuidados do filho prematuro, de modo que novamente diferenças de gênero são reforçadas. Essa configuração conflita com a realidade dos diversos contextos familiares, pois nem todas as mães contam com o apoio do pai do bebê, e a participação deste não é igual em todas as famílias.

Outro aspecto de destaque deste estudo foi a análise de concepções de amor materno, vínculo mãe-bebê e de maternidade. O amor materno é colocado, segundo as autoras, em uma perspectiva inata e comum a todas as mulheres, como instinto materno. As autoras destacam também a psicologização do discurso ao afirmar que todas as mulheres tem o desejo inconsciente de ser mãe, o que explicaria inclusive a gravidez indesejada. Esse aspecto também foi destacado no trabalho de Moreira et al. (2009), em que o MC parece impor às mães uma única forma de exercício da maternidade, baseada em um modelo idealizado. Vêras e Traverso-Yépez (2010) também observaram que embora os pais sejam apresentados com os principais responsáveis pelo cuidado do seu bebê, é na mãe que se centra o cuidado no desenvolvimento do vínculo afetivo. É sobre a mãe que recaem as expectativas de cuidar do filho, numa concepção com viés de gênero calcada na visão de instinto materno natural. Este olhar sobre a maternidade e os papéis de gênero será retomado adiante, de forma detalhada, na seção sobre maternidade.

Continuando a análise do trabalho de Vêras e Traverso-Yépez (2010), as autoras destacam o emprego no manual de conceitos da teoria de Winnicott como “preocupação materna primária”, que estabelece que as mães são capazes de se colocarem no lugar e se identificarem com o bebê, atendendo às suas necessidades primordiais. No entanto, este estudo pontua a importância de

ampliar e contextualizar as concepções sobre a relação mãe-bebê diante da diversidade de contextos que envolvem a maternidade na atualidade, como as mães que deixam seus filhos para adoção, mães usuárias de drogas psicoativas que abandonam seus filhos e retornam às ruas e ao vício, enfim, mães que, por alguma razão, optaram por não estarem próximas de seu bebê hospitalizado.

A maternidade contemporânea ocorre de diversas formas e em variedade de contextos, por exemplo: não planejada, na adolescência, com a participação do pai, sem a participação do pai, mães que tem outros filhos de relações anteriores, adoção, inseminação artificial. Véras e Traverso-Yépez (2010) destacam que é esta diversidade que deveria estar presente na apresentação do manual técnico, ao invés de conceber a demonstração de afeto materno igual em todas as mães.

Conforme as autoras, as mães são colocadas como fundamentais para o sucesso do método, de forma que é imprescindível contar com sua participação para o desenvolvimento satisfatório do bebê. Ao analisar as práticas, as autoras destacaram que o material analisado desconsidera as diferenças socioeconômicas, geográficas e históricas de cada grupo social, dados que vão ao encontro aos achados de Charpark e Ruiz-Peláez (2006) que também destacaram a relevância destes aspectos no âmbito do MC.

A análise desse estudo aponta para a necessidade de ampliar as reflexões sobre maternidade e família envolvendo a assistência neonatal, sobretudo no contexto do MC, por sua importância como política pública e proposta de humanização da assistência, que serão discutidas mais adiante neste trabalho.

#### **1.4.6 Método Canguru: avanços e desafios na implementação.**

Desde a sua criação no final da década de 1970, a implantação e disseminação do método encontrou dificuldades em contextos diversos. Em estudo realizado por Charpark e Ruiz-Peláez (2006), com o objetivo de identificar fatores envolvidos no insucesso da implementação do MC, estes destacaram: a concepção do método como alternativa para contextos de pobreza; equipes de saúde avaliam que a aplicação do método representa trabalho extra às rotinas da unidade. No entanto, os autores afirmaram que a mãe bem treinada contribui para reduzir a sobrecarga de trabalho da equipe, participando ativamente dos cuidados de seu bebê.

O estudo também destacou questões culturais envolvendo a posição canguru, que se constituem em barreiras: exposição inadequada da intimidade das mães; profissionais de saúde não estimulam a posição canguru; dificuldade das mães em manter a posição 24 horas por dia; mulheres que não possuem apoio familiar para realizar os cuidados conforme o método; participação do pai restrita por questões de gênero e por falta de estímulo da equipe; dificuldades com a nutrição do bebê, com o aleitamento materno e aspectos econômicos e sociais envolvendo a alimentação artificial.

No contexto brasileiro, desde a publicação da Portaria MS/GM 693 de 2000, que estabeleceu a norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru – foram realizados cursos de capacitação de equipes que atuam em neonatologia em centros de referência, com objetivo de ampliar a implementação do método no país. Levantamento realizado por Gontijo, Meireles, Malta, Proietti e Xavier (2010), sobre a implementação do MC no contexto brasileiro nas unidades que receberam capacitação, evidenciou que a implementação da 1ª etapa do MC ocorreu em 84,9% dos hospitais. No entanto, apenas 47,3% das instituições implantaram as três etapas, conforme regulamenta a norma brasileira. Este estudo evidenciou que a capacitação foi importante para o início do processo de implantação do MC no país, porém aponta para a necessidade de outros mecanismos que viabilizem a ampliação do MC, como supervisão, financiamento, oferta de material educativo, troca de experiências e mais capacitações.

No entanto, reflexões sobre as causas de dificuldades de implementação do MC no país são tão importantes quanto às análises sobre condições, formas de aplicação e dificuldades dos locais onde o método já foi implantado. Souza e Ferreira (2010) realizaram uma investigação com intuito de analisar, sob a ótica da equipe multiprofissional de saúde de uma UTIN, a proposta de atenção humanizada e detectar os sentidos e os limites identificados para a oferta desta forma de assistência. A pesquisa demonstrou que existem aspectos importantes que prejudicam a oferta da assistência humanizada: falta de recursos materiais e humanos ocasionando sobrecarga de trabalho; conflitos de relacionamento e falta de infraestrutura, tanto para conduzir as iniciativas de humanização, como para prover o alojamento de nutrízes. O estudo revelou que, embora existam obstáculos, os profissionais criam estratégias para atender ao que foi preconizado na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (Brasil, 2004), como a gestão participativa e a educação permanente. Dados como os apresentados por Charpark e Ruiz-Peláez, (2006) e Souza e Ferreira (2010) apontam para a relevância da equipe profissional, tanto para o sucesso da implementação quanto para a aplicação do método.

Segundo Toma (2003), o sucesso do MC não depende somente da mãe, mas também do apoio familiar e de uma equipe de saúde acolhedora e compreensiva. Os estudos apresentados por Borck e Santos (2010) e Araújo et al.(2010) destacaram a importância do apoio e envolvimento familiar no método, aspecto que é uma das premissas das políticas de humanização e nas orientações do Ministério da Saúde (Brasil, 2011). No entanto, a literatura também indica que, em algumas situações, a falta de apoio familiar contribuiu para a não adesão ao método, como confirmam os dados de Charpark e Ruiz-Peláez, (2006) e Borck e Santos (2010).

Diante disto, é necessário aumentar as investigações sobre o apoio familiar no contexto do MC, como por exemplo, analisar as redes de apoio e a percepção das mães sobre o apoio recebido. Toma, Venâncio, e Andretto (2007) apontam para a necessidade de conhecer as limitações e as possibilidades de contribuição de cada família para o aperfeiçoamento da implementação e dos

procedimentos previstos no MC, o que torna necessário analisar cada família dentro de suas singularidades.

O estudo de Guimarães e Monticelli (2007), sobre os prováveis motivos que levam algumas mulheres a não se mostrarem dispostas a “canguruzar”, aponta para a necessidade de refletir sobre o papel das mães no processo do MC. As autoras destacam a dificuldade da equipe multiprofissional neonatal em conseguir oferecer uma assistência de forma individualizada às mães e enfatizam a importância do olhar para estas mulheres como sujeitos participantes do processo; destacam ainda a importância que seja prazeroso para ambos – mãe e filho –, conforme o Ministério da Saúde preconiza (Brasil, 2011).

Por outro lado, nas duas edições do manual técnico do MC do Ministério da Saúde (Brasil, 2002, 2011), prevalecem o discurso prescritivo, universalista e de caráter impositivo, como pontuam Vêras e Traverso-Yépez (2010). O dia-a-dia do programa se apoia em rituais, horários e procedimentos hospitalares em que as mínimas regras são sustentadas por formações discursivas, entre os quais o “como ser mãe” (Moreira et al., 2009).

Moreira et al. (2009) também assinalam que o método muitas vezes fica restrito à técnica, porque a razão para a escolha de sua utilização decorre da necessidade de revolver problemas econômicos relativos à falta de incubadoras. Alguns hospitais não escolhem o método como uma alternativa de maior investimento na saúde física e psíquica do bebê, mas para suprir a carência de equipamentos. Assim, essa técnica aparece como a única saída para a carência de recursos tecnológicos, embora as questões subjetivas e humanistas sejam relevantes no processo de assistência perinatal. Neste sentido, Lamy et al. (2005) destacaram a existência de lacunas na produção científica sobre essa tecnologia e a necessidade de ampliar a discussão sobre o MC como uma forma de atenção que ultrapassa a posição canguru.

Em estudo de revisão da literatura sobre o MC (Costa & Monticelli, 2005), os autores verificaram que 73% dos artigos sobre o tema referiam-se à influência do método na fisiologia do recém-nascido, 20% dos artigos abordavam a família que vivencia o MC, 4,7% das publicações direcionavam-se ao tema equipe de saúde e o MC e os 2,3% restantes sobre as recomendações e vantagens para a implantação e desenvolvimento do MC de forma ampla e teórica. Nota-se, assim, menos destaque para temas direcionados a mães no MC, questões de ordem sociofamiliar e das equipes de saúde que atuam no MC.

A produção científica sobre o MC é abundante acerca dos efeitos fisiológicos para o bebê da utilização do método, tais como: regulação térmica, função cardiorrespiratória e saturação de oxigênio no contexto de UTIN; em contraposição, há pouca literatura que analisa a posição canguru na perspectiva materna, conforme Di Menna em Johnson (2007). Considerando a relevância das vivências maternas no contexto de prematuridade e a importância do MC para a relação mãe-bebê, é necessário ampliar a produção científica sobre o MC na perspectiva das mães que o vivenciam.

Ainda acerca da literatura sobre o MC, Tallandini e Scalembra (2006) e Moreira et al. (2009) destacaram a produção menos numerosa de publicações sobre as variáveis psicológicas presentes no contexto do MC. Moreira et al. (2009) também enfatizaram a necessidade de conhecer os sentidos subjetivos produzidos pelas mães no processo de construção da relação mãe-bebê prematuro no MC e de produzir conhecimento a respeito do método a partir de um olhar próprio da psicologia, ou seja, menos biomédico.

Ainda sobre as contribuições da psicologia para o MC, é importante enfatizar a relevância da Psicologia da Saúde, descrita por Matarazzo em 1980, como o conjunto das contribuições específicas, educacionais, científicas e práticas da disciplina, para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e disfunções relacionadas (Ogden, 1999), dentro de uma perspectiva biopsicossocial de saúde. Com este olhar, dentre os diversos benefícios para a família, em especial para as mães dos recém-nascidos de baixo peso, a literatura destaca o MC como uma forma de contribuir para o enfrentamento da prematuridade, pois favorece a redução dos níveis de estresse e ansiedade materna. No entanto, é necessário ampliar a compreensão sobre as modalidades e o processo de enfrentamento utilizado por mães e familiares, mediante as contribuições do modelo de enfrentamento transacional de Folkman, Lazarus, Gruen & De Longis (1986).

Outro aspecto a ser analisado e aprofundado sobre os benefícios do MC para as mães se refere ao aumento de competência e da confiança maternas. Nesse sentido, o conceito de autoeficácia de Bandura (1977), definido como a crença que a pessoa possui sobre sua habilidade de desempenhar, de forma bem sucedida, um determinado comportamento, pode também trazer contribuições à compreensão de como as mães se sentem diante das tarefas que compõem o cuidado de seu bebê.

Outro aspecto que contribui para a ampliação do conhecimento sobre o MC são as pesquisas acerca do uso da espiritualidade/religiosidade pelas mães no MC, conforme estudo realizado por Vêras, Vieira e Morais (2010), que mostrou que as práticas espirituais e a religiosidade atuam como suporte nas situações enfrentadas pelas mães na UTIN. Há necessidade ainda de estudos comparativos entre os MC e os modelos de assistência neonatal tradicionais, de forma a contribuir para a consolidação da prática e enriquecimento de informações acerca do método.

Diante do exposto sobre o MC, constata-se – ao analisar a história, as aplicações, as barreiras e os desafios –, que o MC coloca um contexto altamente complexo e sua tecnologia conta com a interação de diversas variáveis. No entanto, apesar das dificuldades e contradições, o MC consolida-se como uma proposta de assistência neonatal que visa reduzir o tempo de separação do bebê hospitalizado e sua família, bem como promover o contato pele a pele visando à ligação afetiva da mãe com seu bebê.



“Torna-se pai” e “torna-se mãe” de um bebê prematuro hospitalizado logo após o nascimento representa um início de parentalidade muito diferente do que foi inicialmente idealizado para os primeiros dias de vida do filho. A seguir, são abordados conceitos de parentalidade e prematuridade, com olhar especial para a maternidade prematura.

### **1.5 Desenvolvimento Humano e Parentalidade**

O desenvolvimento humano atualmente é definido como multidirecional, plástico e guiado pelas ações humanas (Rothrauff & Cooney, 2008). Seguindo esta lógica, o desenvolvimento adulto é visto como um processo contínuo e dinâmico, também marcado pela existência de um paradoxo em que o self adulto existe como resultado da interação com o outro (Shea, 2003). O estudo do processo de desenvolvimento adulto tem como foco as demandas da vida que os indivíduos enfrentam como força motivacional para o desenvolvimento. Apesar de historicamente a parentalidade ser descrita como uma transição experienciada por muitos adultos e um rito de passagem, atualmente a literatura sobre desenvolvimento humano adota uma visão mais diversa desse processo (Rothrauff & Cooney, 2008). A teoria eriksoniana, sobretudo, destaca os desafios da vida adulta como intimidade *versus* geratividade, o sétimo estágio de desenvolvimento, como o conflito central da vida adulta (Rothrauff & Cooney, 2008; Slater, 2003). O conceito de geratividade, conforme Erikson, envolve e preocupação primária em estabelecer e guiar a próxima geração, dentre outros aspectos como produtividade e criatividade (Slater, 2003).

Rothrauff e Cooney (2008) reforçam que atualmente geratividade é compreendida como uma forma de experienciar amadurecimento e crescimento, com resultados de estudos que apontam que parentalidade deixou de ser um marco da vida adulta. Pesquisa realizada pelos autores demonstrou que não há diferenças entre geratividade e bem-estar psicológicos entre adultos que são pais e aqueles que não possuem filhos. Outro dado que se destaca no estudo realizado por Rothrauff e Cooney (2008) foi que, aparentemente, a parentalidade – ao contrário do que tem sido colocado pelas regras socioculturais – não demonstrou ser mais importante para o desenvolvimento de geratividade e do bem-estar psicológico de mulheres do que de homens. Ademais, o estudo então encontrou diferenças para as mesmas variáveis entre mães e mulheres sem filhos. Os autores debateram que a maternidade não é vital para o desenvolvimento feminino, como geralmente se presume, e que a parentalidade é um dos caminhos para a aquisição de bem-estar psicológico.

O termo parentalidade é relativamente recente e surgiu na literatura psicanalítica francesa a partir da década de 1960. Desde então a psicologia e a psicanálise produziram uma vasta literatura sobre o tema com pesquisas sobre os processos psíquicos e as mudanças subjetivas vividas pelos pais a partir do desejo de ter um filho. Inácio (2011) ressalta que a parentalidade é uma fase do desenvolvimento humano que exige adaptação psicológica e afetiva intensas. Trata-se, ainda, de um processo maturativo que leva a uma reestruturação ao transformar dois adultos em pais, isto é,

em pessoas capazes de responder a necessidades afetivas, físicas e psíquicas do filho, o que requer uma transição para novos papéis e responsabilidades.

A integração de um recém-nascido em uma família produz mudanças mais profundas que qualquer outro estágio do desenvolvimento do ciclo de vida familiar. No caso do nascimento de um recém-nascido de risco, seja prematuro ou enfermo, a família se vê frente a uma experiência desgastante e desafiadora, que ocasiona profundas alterações na dinâmica familiar, e que se prolonga com a internação do filho (Vasconcelos, Leite & Scochi, 2006). Atualmente, “tornar-se pai” ou “tornar-se mãe” depende muito mais da história de cada um dos pais e do seu desejo, ao invés de um modelo de família nuclear e tradicional (Zornig, 2010). Portanto, é importante observar que a parentalidade contemporânea é exercida de inúmeras formas, bem como se apresenta por meio de diversas configurações familiares.

Estas concepções demonstram a importância do conceito de parentalidade para a compreensão do adulto que vivencia a experiência de “tornar-se pai” ou de “tornar-se mãe”. Em especial para a mulher, a construção histórica, cultural e social da maternidade influenciam a vivência da parentalidade feminina. Assim analisar esses aspectos e as questões subjetivas envolvendo a maternidade são relevantes para compreender este momento da vida da mulher.

### **1.5.1 Desenvolvimento feminino, gênero e aspectos maternos.**

Para analisar as especificidades e as vivências da maternidade, é importante contextualizá-la na perspectiva do desenvolvimento feminino e das transformações dos conceitos de família e maternidade, para compreendê-los no âmbito da prematuridade e da aplicação do MC.

Zornig (2010, 2012) enfatiza as transformações dos motivos pelos quais as famílias se formavam. No mundo ocidental, a partir do século XVIII, as relações entre os casais passaram a ser estabelecidas com base no afeto, e não mais em razão de arranjos externos que não consideravam as escolhas individuais. As relações conjugais passaram a ser baseadas no amor romântico e na reciprocidade afetiva, em que o filho aparece como de responsabilidade dos pais e do Estado. Essas concepções e análises da família contemporânea permitiram compreender a transformação da parentalidade, que deixou de ser o objetivo primeiro da estrutura familiar. As pesquisas feministas, que tiveram início nos anos 1970, contribuíram para chamar a atenção para as diferenças no processo de desenvolvimento de homens e mulheres, com as pesquisas sobre “mulheres em desenvolvimento” (Beetham & Demetriades, 2007). Esta concepção representou um marco na observação do processo de desenvolvimento, porém recebeu críticas por serem teorias embasadas em realidades de mulheres ocidentais do Hemisfério Norte e por não analisarem as relações entre poder, conhecimento, linguagem e discurso. Dessas críticas surgiu o conceito gênero e desenvolvimento, que focaliza as relações de gênero, ao invés do foco apenas em estudos de mulheres (Beetham & Demetriades, 2007). Pesquisas sobre a subordinação de gênero estabelecem que esta é construída em muitos níveis que permeiam as instituições, a vida doméstica, a

comunidade e o Estado. Em decorrência, ocorreram também mudanças nas metodologias de investigação científica, levando à mudança de modelos e políticas sensíveis à questão de gênero, Beetham e Demetriades (2007).

Para estudar as mudanças nos conceitos de mãe e de maternidade, torna-se necessário perceber a mãe como uma personagem relativa e tridimensional, conforme estabelece Badinter (1985):

Relativa porque ela só se concebe em relação ao pai e ao filho e tridimensional porque, além desta dupla relação, a mãe é também mulher, isto é, um ser específico dotado de aspirações próprias que frequentemente nada tem a ver com as do esposo e com os desejos do filho (...). É impossível, portanto, mencionar um dos membros da microsociedade familiar sem falar dos outros dois. A relação triangular não é apenas um fato psicológico, mas também uma realidade social (pp. 25-26).

Desta forma, para compreender melhor o conceito contemporâneo de mulher e de maternidade, é necessário analisar, primeiramente, as mudanças nos conceitos de família e de criança, fruto de construção social e de mudanças históricas nos papéis dos seus personagens da vida familiar. Estas análises permitem compreender a desconstrução do mito do amor materno, como estabelece Badinter, como natural, instintivo e ilimitado, em decorrência da construção de um novo conceito de família e de criança (Fávero, 2010).

Segundo Badinter (1985), o conceito de criança não possuiu a mesma denominação ao longo da história. Nos séculos XVI e XVII a criança era vista como estorvo, independente da classe social, em especial o lactente. Neste contexto, por exemplo, a amamentação era visto como ato despudorizado, e as crianças eram geralmente entregues a amas de leite por mães da aristocracia, prática que levou ao aumento da mortalidade infantil. Para as famílias mais pobres, os filhos também eram vistos como uma ameaça à própria sobrevivência dos pais, muitas vezes não lhes restando escolha a não ser se livrarem deles, abandonando-os em orfanatos, sendo que há relatos de infanticídio neste período da história. Havia, neste panorama, a superioridade do instinto da vida sobre o instinto materno (Badinter, 1985).

A descoberta da criança teve início a partir de 1762 com a publicação de *Émile* por Rousseau, que criticava as mães que enviavam seus filhos a amas-de-leite e recomendava enfaticamente que as próprias mães amantassem e criassem seus filhos, recriminando-as por dar preferência a outros interesses (Ariès, 1981; Azevedo & Arrais, 2006; Fávero, 2010). Desde então, no lugar da antiga indiferença, a família passou a se organizar em torno da criança e a lhe dar importância (Fávero, 2010).

Em razão dessa mudança, nasceu a “nova mãe”, que passa a investir todos seus desejos nos filhos, razão principal do seu viver, e responsável pela felicidade da prole. Surge, conseqüentemente, a injunção obrigatória do amor materno e da expectativa social da “boa mãe”. A

partir dessa nova concepção de maternidade, emergiram também as concepções de vocação materna como natural, instintiva e obrigatória, e o amor materno seria incondicional e irrestrito (Azevedo & Arrais, 2006). Em decorrência dessas atribuições maternas, surgiu o sentimento de culpa, pois a mãe tornou-se responsável por tudo relacionado à sua prole (Badinter, 1985; Fávero, 2010).

O lugar da mulher passou a ser a casa e os laços afetivos e familiares se voltaram para a intimidade do lar. Dessa forma, “a família moderna se recentra em torno da mãe, que adquire uma importância que jamais tivera” (Badinter, 1985, p. 213). Com essa mudança, foi atribuída às mulheres a vida privada e aos homens a vida pública. A autoridade do pai e do esposo dominava a esfera familiar, e tudo girava em torno deles, tanto do ponto de vista econômico quanto do ponto de vista moral, segundo Fávero (2010). A autora destaca também a constatação de Ariès que o amor, como valor familiar, só é valorizado após o século XVIII. Fávero (2010) também assinala que o amor era associado à ideia de passividade, de enfraquecimento, de efemeridade, e o que dominava o contexto familiar naquela época era o medo da figura masculina poderosa.

Decorre dessa mudança de visão sobre a maternidade, a dupla armadilha da mãe moderna: (1) ela fica enclausurada no papel de mãe, não podendo evitá-lo sob pena de condenação moral, ao lado da dificuldade de inserção no mundo do trabalho; (2) o desprezo ou piedade a mulheres que não tinham filhos (Badinter, 1985; Fávero; 2010). Sobre esse tema, Azevedo e Arrais (2006) destacaram: “entendemos que há uma nova mulher, mas que vive sob o manto de velhas representações, pois continuamos cobrando delas o velho modelo de mãe idealizada” (p. 270).

No contexto atual, as mulheres têm outros interesses e expectativas, e sobretudo outras formas de se realizar como mulher, não restritas à maternidade, que vão ao encontro das ideias de Rothrauff e Cooney (2008). Estes afirmam que a parentalidade é uma das dimensões da vida adulta, mas não obrigatória para o desenvolvimento da adultez. A crítica a esta visão de maternidade assinala que esse conceito é construído social e culturalmente, e não possui determinação eminentemente biológica (Azevedo & Arrais, 2006).

Diante disso, é possível observar nas mulheres contemporâneas sentimentos de ambivalência sobre a maternidade, compartilhados por inúmeras mães, podendo coexistir em relação ao(s) filho(s) sentimentos de amor e ódio (Azevedo & Arrais, 2006). As autoras também assinalam que o mito da mãe exclusiva, somado às considerações sobre maternidade já apontadas, pode, inclusive, contribuir para a ocorrência de depressão pós-parto.

É importante destacar ainda que as concepções universalistas sobre o que é ser mãe, na qual prevalecem a visão “mãe é tudo igual, só muda de endereço” (Moreira & Nardi, 2009), contribuem para visões de maternidade em que os aspectos subjetivos, históricos e culturais de cada mulher passam despercebidos ou até vistos como irrelevantes diante da grande missão de criar os filhos. Assim, essas concepções representam uma norma de maternidade que reproduzida socialmente torna-se naturalizada, ou seja, há ideias de que a maternidade é vivenciada de forma

igual por todas as mulheres, independente da participação do pai, da configuração familiar e da condição trabalhista da mulher (Moreira & Nardi, 2009). Wagner, Predebon, Mosmann e Verza (2005) pontuam que o exercício e divisão de papéis e funções entre os genitores (pais) evidenciam uma transição entre o modelo tradicional – em que as tarefas domésticas e os cuidados com os filhos concentram-se na figura feminina – e outro modelo caracterizado pela divisão de tarefas de forma igualitária entre os pais. Este último decorre de mudanças mais recentes na dinâmica familiar, a partir dos anos 1980, em função do aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, trazendo mudanças no modelo de família tradicional em que o homem era o único provedor. Destaca-se, porém, que os dois modelos de configuração de família coexistem.

Assim como tem aumentado a quantidade de lares em que as mulheres são chefe de família, Perucchi e Beirão (2007) realizaram estudo com mulheres com estas características que evidenciou concepções de valorização do pai participativo e presente, não apenas como provedor, mas fundamentalmente como educador. O que se observa no cenário atual é que apesar da maior participação masculina nos cuidados domésticos e com a educação dos filhos, ainda prevalece a concentração dessas atividades nas mulheres, mesmo que trabalhem fora, havendo um acúmulo de funções, a chamada dupla jornada de trabalho.

Outro marco para a mulher, que se reflete na maternidade, são as tecnologias reprodutivas, como o surgimento e disseminação do uso de contraceptivos e as técnicas conceptivas (como a reprodução assistida). Esses avanços representam a possibilidade de escolha da maternidade (Scavone, 2001) e podem ser visualizados estatisticamente pela queda nas taxas de natalidade, assim como a chegada do primeiro filho com mais idade.

Autores destacam que a naturalização da maternidade e a responsabilização da mulher nos cuidados com a casa e os filhos também se refletem nas políticas públicas e nas propostas educacionais e de assistência à saúde infantil, aspecto também evidenciado no contexto do MC (Véras & Traverso-Yépez, 2010). Pesquisa de Klein (2005) explorou a concepção de maternidade no Programa Bolsa-Família em que o discurso governamental perpetua a visão de que é a mãe a responsável pelos cuidados, bem-estar e educação de sua prole e que o Estado atua como se fosse o “pai” provedor, de forma a reforçar a não participação dos pais biológicos na educação dos filhos. Wagner et al. (2005) concluem que não é possível afirmar que um modelo de família igualitário e equilibrado será o ideal, mas que é fundamental conhecer o contexto de cada família, suas crenças, valores e atitudes no momento de avaliar os recursos das famílias para enfrentarem um contexto de crise, como o nascimento prematuro de um filho.

Diante do exposto sobre família e maternidade, fica evidente a importância de considerar as concepções de desenvolvimento adulto envolvidas no processo de tornar-se mãe, uma vez que o bebê não é o único personagem que encontra-se em processo de desenvolvimento. Esta mulher não pode ser reduzida a ser simplesmente a mãe do recém-nascido, mas vista como uma mulher em desenvolvimento, em que a maternidade é um aspecto desse processo. Reitera-se que é importante

considerar, ao analisar a maternidade, as transformações históricas e culturais sobre o desempenho materno, a subjetividade feminina e as expectativas de exercício idealizado da maternidade. A partir das discussões sobre parentalidade e maternidade de forma ampla, serão abordadas questões no contexto específico de “tornar-se pai” e, em especial, “tornar-se mãe” de um filho prematuro.

### **1.6 Parentalidade: Nascimento Prematuro e Hospitalização do Bebê**

Segundo Barnes e Adamson-Macedo (2007), durante a hospitalização de seus bebês prematuros, as mães vivenciam um início de parentalidade profundamente diferente das mães de bebês nascidos a termo. O período seguinte ao nascimento prematuro de um bebê representa, portanto, um momento de crise para seus pais, aos quais é conferida a parentalidade antes de estarem prontos para tal (Shermann & Brum, 2012). A crise familiar, decorrente do parto prematuro, poderá se estender muito além do período pós-natal imediato (Inácio, 2011).

É importante destacar que diante da hospitalização de um filho, os pais não perdem apenas uma vida “normal”, mas também perdem a expectativa de uma parentalidade “normal”, conforme Sousa e Sousa citado por Inácio (2011). Braga e Morsch (2006) descrevem as sensações que os pais de bebês prematuros vivenciam ao entrarem pela primeira vez em uma UTIN, como sentimentos de medo e perplexidade diante de uma realidade tão distante da inicialmente idealizada do nascimento e do bebê. Inácio (2011) também destaca que o ambiente tecnológico e altamente sofisticado presentes nas UTINs é vivenciado pelos pais do bebê como intimidador e aterrorizante, elevando os níveis de ansiedade parental e acentuando o sentimento de incompetência para o desenvolvimento da função protetora e cuidadora que lhes é atribuída socialmente e que desejariam realizar.

Outro aspecto desse contexto que é importante salientar são as representações dos pais sobre o seu bebê que antecedem o nascimento e podem marcar a relação pais-bebê, facilitando ou dificultando o processo de interação. A proposta de Glose, teórico da psicanálise, em Zornig (2010) estabelece quatro tipos de representações anteriores ao nascimento: a criança fantasmática (relacionada a crianças que os pais tem em mente a partir de sua própria história), a criança imaginária (representação menos inconsciente que o casal possui da criança ao longo da gestação, como sexo e outras características físicas), a criança narcísica (ligada aos ideais dos pais) e a criança mítica ou cultural (grupo de representações coletivas de uma sociedade em determinado momento). Estas representações são relevantes, pois contribuem para analisar o impacto do nascimento prematuro para os pais, e de que forma as relações afetivas podem sofrer interferências pelo contexto estressor da hospitalização do bebê, que é totalmente diferente do que seus pais imaginavam e sonhavam. Os pais do bebê, ao longo da gestação, sonham e esperam um bebê que nascerá a termo, saudável, que logo irá mamar no seio materno, que em poucos dias receberá alta e estarão todos juntos em casa. Já para os pais de um bebê prematuro, o bebê é totalmente diferente

da expectativa inicialmente idealizada. Trata-se do impacto de ter um filho que nasceu antes do tempo, apresentando baixo peso ao nascer, necessitando ficar internado em uma UTIN, na incubadora, com aparelhos de monitoração e suporte, com contato reduzido com seus pais, sem poder se alimentar no seio materno e é a equipe que realiza os cuidados, e não a família. A imagem deste nascimento, e deste bebê, a vivência da separação e as reações emocionais decorrentes desse acontecimento, marcarão os primeiros dias de vida da criança e de seus pais.

Ainda segundo Braga e Morsch (2006), é comum os pais de recém-nascidos prematuros possuírem sentimentos de culpa, de fracasso e de incompetência, por não terem um bebê a termo, além da percepção da fragilidade do filho diante da hospitalização, aspecto também destacado por Inácio (2011). Esses aspectos podem dificultar o início da relação afetiva entre pais e seus bebês prematuros. As próprias características desses bebês – como apresentarem menos respostas à estimulação parental – podem contribuir para a percepção de dificuldades de comunicação e interação entre pais e bebê.

Sobre a interação entre pais e bebê, Schermann e Brum (2012) propuseram o modelo bidirecional na interação social, destacando que as relações satisfatórias entre pais e bebê são mediadas por sentimentos mútuos de eficácia. Este modelo estabelece que o bebê saudável é competente e capaz de prover experiências contingentes aos pais mediante comportamentos legíveis, preditivos e responsivos. São estas características que ajudarão os pais a entender os sinais e intervir de forma sensível e eficaz às necessidades de seu filho, gerando um ciclo de interações gratificantes.

O bebê prematuro – em razão de suas características orgânicas, do estado de saúde, do tipo de tratamento (por exemplo, a sedação) e de seu repertório comportamental ainda limitado –, comunicará menos sinais legíveis aos seus pais. Assim, a situação de nascimento pré-termo e de hospitalização repercutem nas capacidades dos bebês de responderem à estimulação parental de forma contingente, e isto poderá influenciar a relação inicial entre pais e bebê. Nesse sentido, alguns bebês, em função do nascimento pré-termo, chegam aos pais desprovidos das habilidades necessárias para lhes suscitar experiências próprias de parentalidade, pois participam pouco no processo interativo desejado por seus pais (Morsch, Braga, Borges, Kislanov, & Cupolillo, 2012).

À medida que o bebê pré-termo apresenta evoluções clínicas e fisiológicas, ele irá gradativamente tornando-se mais capaz de interagir e responder aos seus pais: “para adaptar-se à nova situação, o recém-nascido sabiamente concentra toda a sua energia para sua autorregulação, frustrando aqueles que esperavam dele sinais/respostas às suas tentativas de comunicação” (Braga & Morsch, 2006, p.55). Diante do panorama descrito, é possível perceber a importância – para os pais e para o bebê prematuro –, do contato precoce e da redução do tempo de separação entre eles, que possibilitarão a formação e a expressão da afetividade entre o bebê e sua família desde os primeiros dias de vida.

A hospitalização do bebê pode contribuir para a percepção dos pais quanto a possuírem um papel secundário nesse período, pois seu recém-nascido está sobrevivendo em razão de competências e cuidados de terceiros: da equipe de saúde ou de equipamentos. Isto pode suscitar nos pais a impressão de que são desnecessários ao bebê e não são capazes de cuidar de seus filhos (Braga & Morsch, 2006). Por essa razão, torna-se importante a equipe de saúde estar atenta a essas vivências de pais de bebês prematuros hospitalizados para contribuir em seu empoderamento quanto a prover cuidados e interagir com seus filhos prematuros.

A presença dos pais desde o início da hospitalização do recém-nascido favorece as vivências de parentalidade, assim como estabelece de forma precoce a interação, o convívio e a comunicação dos pais com seu bebê. É a possibilidade de reduzir os impactos desfavoráveis dos estressores do nascimento prematuro e da internação na UTIN para a tríade pai-mãe-bebê. Torna-se necessário viabilizar o encontro dos pais com seu bebê, conforme destacam Braga e Morsch (2006):

De qualquer maneira, as primeiras experiências na UTI são difíceis para todos os pais e para todos os bebês. De fato, o nascimento deixa de ser um encontro entre genitores e filhos para se transformar numa sucessão de desencontros, que tem início no pós-parto, quando o recém-nascido é separado de sua mãe e imediatamente internado na UTI (pp. 54).

Diante do exposto, foi abordado o impacto do nascimento prematuro para os pais e para a interação deles com o filho. No entanto, destaca-se que, em especial para a mãe do recém-nascido prematuro, estas vivências são ainda mais estressoras e as vivências de perdas ainda mais marcantes, como a perda da gestação a termo, do contato inicial com seu filho, dentre outras. A seguir serão abordados aspectos da mulher e da mãe que vivenciam o nascimento pré-termo.

### **1.6.1 Maternidade e prematuridade.**

No contexto do nascimento pré-termo é interessante destacar o surgimento não apenas do bebê prematuro, mas da mãe prematura, conforme destaca Mothander (citado por Adamson-Macedo, 2004). A internação em uma unidade de tratamento neonatal gera efeitos psicossociais para a mãe, considerando ainda a vulnerabilidade do bebê. Padovani (2005) ressalta o impacto do nascimento pré-termo para a mãe do bebê prematuro, com citação de Maldonado (1997) sobre a necessidade de a mulher, após o nascimento do filho, reestruturar seu papel social, fazer novas adaptações e reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos. Considerando, ainda, que a gravidez e o nascimento representam uma crise previsível inerente ao desenvolvimento típico, o nascimento prematuro do filho tende a intensificar e a prolongar a condição de “crise psicológica” materna, conforme Kennel e Klaus citados por Padovani (2005).



O papel da mãe no cuidado de seu bebê prematuro durante a internação e após a alta hospitalar pode sofrer influência de julgamentos maternos sobre sua capacidade de cuidar de seu bebê, podendo interferir nas interações futuras dela com seu filho. As crenças maternas sobre sua competência para cuidar do recém-nascido podem contribuir para a habilidade da mãe em responder contingencialmente aos estímulos de seu filho, conforme Teti e Gelfand (citado por Barnes & Adamson-Macedo, 2004).

Retoma-se aqui os conceitos abordados anteriormente sobre a maternidade idealizada e o mito do amor materno, para compreender porque é ainda mais difícil para a mãe do recém-nascido as vivências da maternidade no contexto da prematuridade. As concepções culturais e subjetivas de maternidade preparam as mulheres para viverem a maternidade idealizada ao longo da trajetória de vida, como também ao longo da gestação. Assim, o nascimento prematuro significa para a mulher – que se torna mãe também de forma prematura –, a perda de representações sociais sobre a maternidade e a quebra do papel inicialmente idealizado. A separação imposta pela hospitalização do bebê leva à perda do papel de cuidadora da prole, papel esperado e desejado. Assim, para a mãe do recém-nascido prematuro, sua vivência de parentalidade tende a começar com grandes frustrações.

### **1.7 Os Conceitos de *Coping* e Autoeficácia no Contexto da Prematuridade**

As mães de recém-nascidos internados em uma unidade de neonatologia encontram-se na fase denominada puerpério, que compreende as primeiras semanas do pós-parto em que a mulher vivencia mudanças hormonais, físicas e psíquicas, além da adaptação à chegada do bebê. A hospitalização do recém-nascido em uma UTIN pode representar um contexto de maior fragilidade para a mãe e potencializar o surgimento de distúrbios emocionais maternos, como quadros depressivos e de ansiedade. Correia, Carvalho e Linhares (2008), em estudo sobre a verbalização de mães no contexto de uma UTIN, verificaram que havia predomínio de sentimentos e reações com conotação negativa em seus relatos verbais. Padovani (2005), ao pesquisar a verbalização materna utilizando indicadores de ansiedade e depressão, encontrou que o grupo de mães de bebês pré-termo apresentou significativamente mais sintomas de ansiedade e depressão que as mães de bebês a termo.

Achados da literatura, como os estudos de Genaro et al., Sobotkova et al. e Vieira Filho conforme citados por Padovani (2005), destacaram os efeitos do estresse experimentado pelas mães de recém-nascidos prematuros de baixo peso em suas dificuldades no exercício da “maternagem” e no vínculo com o bebê. A situação de nascimento prematuro do filho excede, na maioria das vezes, os recursos maternos disponíveis para lidar com essa realidade, como destacam Pinto, Padovani e Linhares (2009), podendo ter impacto desfavorável na saúde mental da puérpera. Além disso, pode contribuir para tornar essas mães com menos habilidades para um enfrentamento adequado do nascimento pré-termo e menos adaptadas às demandas de cuidados iniciais do recém-nascido. Em

outro estudo sobre o tema, Bernardo (2012) verificou a existência de correlação negativa entre enfrentamento adaptativo e sofrimento psíquico, ou seja, quanto menos a mãe se adaptar à situação estressora, maior a tendência de vivências emocionais negativas.

Considerando o tema do presente estudo, o modelo interativo do estresse parece útil e pertinente ao definir que enfrentamento (*coping* em língua inglesa) refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo (Folkman et al., 1986). O conceito de enfrentamento, nesta concepção, é descrito como um conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou estressantes (Antoniazzi, Dell’Agió, & Bandeira, 1998).

Neste modelo, as respostas ou estratégias de enfrentamento têm sido classificadas em duas categorias: as respostas de enfrentamento focalizadas no problema e as respostas focalizadas na emoção. No primeiro caso, as respostas representam tentativas de manejo e modificação do estresse com o objetivo de controlar ou lidar com a situação causadora de estresse. Já as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção buscam, principalmente, respostas emocionais regulares causadas pelo estressor vivenciado pelo indivíduo. Este conceito tem sido utilizado em contextos diversos, com o uso não restrito à área de saúde: oncologia pediátrica (Kohlsdorf & Costa Júnior, 2008), HIV/aids (Seidl, 2005; Seidl, Melchíades, Farias, & Brito, 2007), câncer de mama (Tavares & Trad, 2009), lesão medular (Murta & Guimarães, 2007), adolescência (Kristensen, Schaefer, & Busnello, 2011), violência contra mulher (Santos & Moré, 2011), desastres naturais (Krum & Bandeira, 2008).

Bernardo (2012) também destacou os dados da literatura sobre dois aspectos essenciais que envolvem o processo de *coping*: coexistência de elementos estáveis e instáveis, que expressam a característica dinâmica das estratégias de enfrentamento. O aspecto estável com uma variável situacional significa que cada indivíduo possui suas estratégias de enfrentamento que são utilizadas conforme a situação. Por outro lado, existe o fator de instabilidade das estratégias de *coping*, visto que estas se alteram conforme o desenvolvimento e o curso de vida do indivíduo, sendo que uma estratégia de enfrentamento pode ser adaptativa em determinada situação e deixar de sê-lo em outra.

Com base no modelo interativo do estresse foram criados instrumentos para avaliar as estratégias de enfrentamento. No Brasil foi realizada a validação para a população brasileira da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), instrumento adaptado para a língua portuguesa por Gimenez e Queiroz e validado por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001), que avalia estratégias de enfrentamento cognitivas e/ou comportamentais utilizadas em relação a um estressor específico. A EMEP tem sido utilizada em diversos contextos de saúde como HIV/aids (Seidl et al., 2007) e oncologia (Souza, 2009).

No contexto materno-infantil, estudos realizados com gestantes sobre o impacto da malformação fetal (Vasconcelos & Petean, 2009) e com cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia (Kohlsdorf, 2008) utilizaram a EMEP para avaliar as estratégias de enfrentamento de familiares/cuidadores, de modo associado a outros instrumentos. Porém, nas revisões bibliográficas realizadas até o presente momento, não foram encontrados estudos utilizando a EMEP no contexto de neonatologia, de forma a possibilitar a análise das estratégias de enfrentamento dos familiares dos recém-nascidos sob cuidados hospitalares. Bernardo (2012) utilizou o instrumento Brief COPE, em estudo recente para avaliar estratégias de *coping* de mães de crianças prematuras em Portugal. Ainda no contexto de prematuridade, Hughes, McCollum, Sheftel e Sanchez (1994) utilizaram o instrumento *Ways of Coping* de Lazarus e Folkman para avaliar estratégias de enfrentamento utilizadas por pais de recém-nascidos pré-termo nos Estados Unidos.

Nas seções anteriores, foi discutido o impacto emocional parental e materno em função do nascimento prematuro e da hospitalização do bebê, explicitando os diversos estímulos aversivos presentes nesta realidade. Diante dessas dificuldades e das inúmeras situações estressoras vivenciadas, torna-se importante conhecer e avaliar como a mãe do neonato pré-termo lida com esta situação, que é muito distante daquela inicialmente idealizada para os primeiros dias de vida do filho. Considerando que as estratégias de *coping* podem ajudar a mãe a conseguir ajustamento emocional para lidar com a situação adversa e a crise do nascimento prematuro, é importante conhecer o processo de enfrentamento materno para melhor auxiliar as mães a utilizarem estratégias de enfrentamento mais adaptativas.

Dentre as estratégias de *coping* apresentadas por mães de recém-nascidos prematuros, Madu e Roos (2006) identificaram que a estratégia de *coping* mais utilizada foi reavaliação positiva. Hughes et al. (1994) observaram que as estratégias mais utilizadas por mães de recém-nascidos pré-termo foram, em ordem de maior frequência: busca de apoio social do cônjuge, práticas religiosas, reinterpretação positiva, foco na criança.

### **1.7.1 Autoeficácia e prematuridade.**

O nascimento prematuro e a hospitalização do bebê podem levar a mãe a se indagar sobre a sua capacidade de cuidar de seu filho e estas crenças podem moldar as futuras interações mãe-bebê. A crença que a pessoa possui sobre sua habilidade de desempenhar de forma bem sucedida um determinado comportamento é o centro da teoria de autoeficácia de Bandura (1977). De Montigny e Lacharité (2005) destacaram a importante influência das crenças de autoeficácia nas escolhas por determinadas ações, assim como nos esforços investidos em atividades específicas e no período de tempo em que estes esforços serão mantidos, apesar de dificuldades e desafios. Barnes e Adamson-Macedo (2007), se referindo a Bandura, destacaram que a percepção de autoeficácia pode influenciar o modo que a pessoa pensa, sente e age, assim como pode ser um determinante importante da motivação humana.

Bandura (1977) identificou cinco fatores principais que influenciam aquisição de autoeficácia: experiências anteriores, experiência vicária (comparações com pessoas que passaram ou encontram-se em situação semelhante que obtiveram sucesso), persuasão verbal, estado fisiológico e estado afetivo. Em estudo de revisão realizado por Leahy-Warren e McCarthy (2010) sobre autoeficácia materna percebida os autores demonstraram que essa percepção sofre influência das experiências prévias da mãe em cuidar de crianças e de compartilhar experiências com outras mães que vivenciaram ou encontram-se em situação semelhante. Ademais, a percepção de autoeficácia materna pode se fortalecer com o encorajamento de pessoas significativas e de profissionais de saúde, aspecto importante para reafirmar a capacidade materna de realizar os cuidados necessários do bebê. Em outras palavras, a autoeficácia é influenciada pelo suporte social e *feedbacks* positivos a respeito do desempenho materno, sobretudo originários do companheiro e da mãe da puérpera.

Posteriormente, Bandura, citado por Leahy-Warren e McCarthy (2010), reconheceu a existência da autoeficácia parental e enfatizou que para os pais apresentarem comportamentos de sucesso eles teriam que acreditar que suas ações podem alcançar o resultado desejado. De Montigny e Lacharité (2005) concluíram que autoeficácia parental percebida pode ser definida como as crenças ou julgamentos que o pai ou a mãe possuem sobre sua capacidade para organizar e executar um conjunto de tarefas relacionadas com a parentalidade e os cuidados de uma criança.

O período pós-natal representa um tempo de adaptação e aprendizagem para a mãe, que necessita desenvolver novos comportamentos para cuidar eficientemente do filho e obter satisfação no exercício da parentalidade. Neste sentido, uma variável que influencia a puérpera a sentir que tornou-se mãe é a percepção materna de autoeficácia para realizar os cuidados com o bebê. Desta forma, autoeficácia é importante para facilitar a adaptação com a maternidade e as experiências maternas, sendo apontada como um determinante significativo de comportamentos parentais competentes e está fortemente correlacionada ao desenvolvimento infantil (Leahy-Warren & McCarthy, 2010). O trabalho de revisão realizado por esses autores assinalou que estudos analisados indicaram a presença de correlações positivas entre autoeficácia materna e número de filhos, suporte social, satisfação materna no exercício da parentalidade e satisfação conjugal. Por outro lado, a literatura mostra correlações negativas entre autoeficácia materna e estresse materno, ansiedade e depressão pós-parto.

Sobre mensuração da autoeficácia parental percebida em mães, a literatura aponta o trabalho de Coleman e Karraker citado por Leahy-Warren e McCarthy (2010), originário da teorias de Bandura, que descreveu formas de avaliação de cuidados maternos: tarefa-específica e domínio-específico. A abordagem tarefa-específica tem como foco a crença materna em sua capacidade de completar uma tarefa determinada dentro de um domínio específico, como por exemplo, amamentação. Barnes e Adamson-Macedo (2007), destacaram um exemplo de escala de avaliação de autoeficácia materna baseada em tarefa-específica: a *Breastfeeding Self-efficacy Scale*, de

Dennis e Faux (1999). Avaliar autoeficácia por domínio-específico significa analisar todas as tarefas que compõem um domínio particular de cuidados parentais, de forma a combinar avaliações de tarefa-específica em uma medida de autoeficácia dentro de um domínio amplo. Dessa forma, a avaliação de autoeficácia envolvendo cuidados parentais maternos, por exemplo, avaliariam percepções das mães sobre de sua habilidade para alimentar, limpar e acalentar seu bebê (Barnes & Adamson-Macedo, 2007).

Com o propósito de conhecer as percepções maternas de autoeficácia no cuidado de neonatos prematuros e de baixo peso hospitalizados, Barnes e Adamson-Macedo (2007) elaboraram e validaram uma escala denominada *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* (PMS-E), que avalia a autoeficácia materna em domínio-específico. Os autores destacaram a importância desse instrumento, pois auxilia a equipe de saúde que atua em cuidados de neonatos hospitalizados a identificar as mães que necessitam de maior apoio psicossocial.

A parentalidade em uma unidade neonatal não é somente diferente do contexto de nascimento a termo. Existe também a expectativa da equipe e dos próprios pais sobre a execução de tarefas e cuidados com o bebê, realizados em circunstâncias e ambiente diferente do esperado. Diante disso, alguns pais podem possuir baixas expectativas de autoeficácia sobre suas habilidades, especialmente em condições adversas. Neste sentido, a adoção de respostas de enfrentamento adaptativas diante de situações adversas está associada a uma maior autoeficácia percebida. Bandura (1977) destacou que as pessoas geralmente temem ou evitam situações em que elas acreditam exceder sua capacidade de enfrentamento. Porém, para o indivíduo envolver-se em determinada atividade e se comportar de forma efetiva é necessário que ele julgue a si mesmo como capaz de lidar com a situação, que de outro modo representaria um contexto intimidante.

Bandura (1977) também enfatizou que a percepção de autoeficácia não influencia apenas as escolhas comportamentais, mas através das expectativas de eventual sucesso das ações este conceito pode afetar os esforços de enfrentamento iniciados. Expectativas de eficácia comportamental determinam quanto esforço as pessoas irão despende e por quanto tempo elas persistirão diante de obstáculos e experiências aversivas. Fortes-Burgos, Neri, e Cupertino (2008) destacaram que as percepções de autoeficácia podem determinar a decisão pessoal quanto ao início de um comportamento de enfrentamento, ou seu tempo de duração e quantidade de esforço despendido em tal comportamento. Estes autores também mencionaram a influência das expectativas de autoeficácia como parte integrante do processo de estresse e de enfrentamento.

Farkas e Valdés (2010) realizaram um estudo junto à população chilena no qual observaram a ocorrência de correlação negativa entre nível de estresse materno e autoeficácia percebida da mãe. Estes achados, segundo os autores, foram corroborados por resultados semelhantes na literatura, isto é, quanto maior o estresse materno, menor a expectativa que a mãe terá quanto à sua capacidade para realizar de forma bem-sucedida os cuidados com seu filho.

Diante disto, e do que foi exposto anteriormente sobre o impacto emocional do nascimento prematuro e da hospitalização do recém-nascido, é possível concluir que as primeiras vivências maternas com o filho pré-termo são acompanhadas de diversos estressores, desde a hospitalização, o temor de perder o filho e o receio em cuidar de bebê muito frágil. O nascimento prematuro é um evento estressor para todos os envolvidos, em especial para a mãe. Conhecer as particularidades, as vivências e as dificuldades dessas mães no contexto do nascimento pré-termo de seus filhos contribui para uma assistência da equipe de saúde mais humana e eficaz a estas mães, visando à redução do sofrimento psíquico, a aquisição de repertórios de enfrentamento mais adaptativos e aumento da autoeficácia materna em cuidar do bebê, como evidenciam Barnes e Adamson-Macedo (2007), Correia et al. (2008) e Pinto et al. (2009).

Nesta direção, Vêras e Traverso-Yépez (2010) assinalaram que no modelo de política pública adotado no Brasil para os recém-nascidos prematuros de baixo peso, o MC deve valorizar a importância do diálogo da equipe com as mães para uma participação mais ativa das mesmas, ao invés de posturas impositivas da equipe. Segundo as autoras, a imposição advém das regras colocadas pelo Método para as mães, regras que podem se constituir em estressores adicionais ao processo de vivência da prematuridade. Padovani (2005) chama a atenção para a importância da estabilidade emocional da mãe como um aspecto significativo para o maior sucesso do MC. Portanto, os cuidados no contexto de uma unidade de neonatologia devem ter como meta a promoção de um desenvolvimento mais saudável tanto para o bebê quanto para sua mãe.

## Capítulo II

### Justificativa, Questões Norteadoras e Objetivos

Tendo em vista o aumento da incidência da prematuridade e a política pública para assistência aos recém-nascidos prematuros e de baixo peso adotada no Brasil, o Método Canguru representa uma proposta de atendimento humanizado em neonatologia que engloba o bebê e sua família, posicionando as mães dos neonatos no centro dos cuidados. Após mais de dez anos de implantação do Método Canguru, há necessidade de estudos que investiguem as percepções, estratégias de enfrentamento e sentimentos de autoeficácia da mãe ao longo das etapas do MC, para possibilitar o aprimoramento do método e da atenção neonatal, a partir da identificação de características e particularidades de mães em processo de hospitalização e alta de seus bebês prematuros.

Diante do contexto epidemiológico da prematuridade, da ascensão de modelos de assistência neonatal humanizados que possibilitem maior participação da família nos cuidados de seus recém-nascidos, e da adoção do Método Canguru no Brasil como modelo de política pública para neonatos de baixo-peso, essa pesquisa foi delineada.

Considerando a revisão da literatura e a experiência profissional da pesquisadora em UTIN na qual o MC é empregado, algumas questões nortearam o presente estudo:

- Qual a percepção das mães sobre o método canguru, do ponto de vista técnico e afetivo?
- Como é a realização da posição canguru durante o período de internação? As mães mantêm a prática da posição canguru depois da alta hospitalar, em sua residência?
- Quais seriam as barreiras e/ou benefícios do método canguru na opinião das mães?
- Como as mães descrevem a vivência da maternidade prematura no contexto do método canguru?
- As estratégias de enfrentamento diante da prematuridade se modificam nas diferentes etapas do MC?
- O sentimento de autoeficácia em relação aos cuidados do bebê se modifica ao longo das etapas do MC? Ele tende a aumentar no processo do MC?

#### 2.1 Objetivo geral

Avaliar aspectos psicossociais, estratégias de enfrentamento e percepção de autoeficácia em relação aos cuidados do bebê, ao longo das três etapas do Método Canguru, de mães de recém-nascidos prematuros de baixo peso.

## 2.2 Objetivos específicos

- Descrever aspectos psicossociais de mães em relação à hospitalização e aos cuidados do filho prematuro nas etapas do Método Canguru;
- Identificar as modalidades e fontes de apoio técnico e social (emocional e/ou instrumental) que as mães necessitam durante as três etapas do MC, segundo seus relatos verbais;
- Descrever e comparar a percepção de autoeficácia de mães de recém-nascidos prematuros sobre sua capacidade em diversos domínios de cuidados do bebê, durante as três etapas do Método Canguru;
- Descrever e comparar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães de recém-nascidos ao longo das três etapas distintas.

O delineamento se caracterizou por um estudo longitudinal de curto prazo, com mães de bebês prematuros internados na Unidade de Neonatologia do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) ao longo das etapas do MC, da fase hospitalar à fase ambulatorial, na medida em que cada etapa apresenta novos estressores e desafios para as mães. O estudo poderá contribuir para uma assistência integral e de qualidade, calcada na concepção biopsicossocial do processo saúde-doença, no contexto de cuidados neonatais de bebês prematuros.



## Capítulo III

### Método

O método da pesquisa consiste de uma proposta de metodologia combinada, com utilização de instrumentos quantitativos e qualitativos, aplicados e reaplicados nas três etapas do MC, ou seja, em duas etapas hospitalares e uma ambulatorial.

#### 3.1 Participantes

As participantes constituíram uma amostra por conveniência, composta de dez mães de bebês acompanhados na Unidade de Neonatologia do HRT no período de abril a novembro de 2012. Inicialmente a amostra foi composta de onze participantes, porém um dos recém-nascidos foi a óbito durante o período de coleta de dados. Este evento caracterizava um dos critérios de exclusão do estudo, por essa razão foram desconsiderados os dados desta participante.

Os critérios de inclusão e exclusão incluíram aspectos tanto da mãe quanto do bebê. As características maternas para inclusão foram: ter escolaridade mínima de 4 anos de estudo; aceitar participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); mães de bebês prematuros, isto é, de neonatos que nasceram antes de completar a 37ª semana de gestação. No caso dos bebês, tendo em vista que o Método Canguru é uma política pública brasileira de assistência neonatal para recém-nascidos de baixo peso ao nascer, e que esta população de bebês engloba nascidos a termo e os nascidos pré-termo, foi critério de inclusão no estudo em questão, bebês de idade gestacional entre 28ª e 37ª semana incompleta, ou seja, até prematuridade moderada.

Os critérios de exclusão para as mães foram: ter histórico psiquiátrico com base em relatos das próprias participantes) ou com complicações clínicas importantes no pós-parto ou ser portadora de HIV. Para os bebês foram critérios de exclusão: neonatos nascidos a termo, prematuros extremos (nascimentos abaixo de 27ª semana gestacional), com gemelaridade, com anomalias congênicas ou em casos de óbito.

##### 3.1.1 Caracterização das participantes.

A caracterização das participantes está apresentada em três partes: dados sociodemográficos (Tabela 1); dados sobre a gestação, o parto e características do bebê (Tabela 2) e o tempo de internação (Tabela 3).

Tabela 1

*Dados sociodemográficos e familiares das participantes (N=10)*

Participante	Idade	Escolaridade	Situação Ocupacional	Residência	Reside c/ Pai do RN	Outros Filhos	Conflitos Familiares
M1	36	Fund. Comp.	Desempregada	Recanto das Emas	Sim	Não	Não
M2	21	Médio Comp.	Estagiária	Samambaia	Não	Não	Sim
M3	35	Médio Comp.	Empreg. Doméstica	Taguatinga	Sim	2	Não
M4	21	Médio Comp.	Desempregada	Águas Lindas- GO	Sim	Não	Sim
M5	43	Médio Comp..	Copeira	Taguatinga	Sim	3	Não
M6	31	Ens. Superior	Professora	Sobradinho	Sim	Não	Não
M7	27	Médio Incomp.	Dona de casa	Samambaia	Sim	1	Não
M8	18	Médio Incomp.	Caixa	Taguatinga	Não	Não	Sim
M9	26	Médio Comp.	Diarista	Sto. Antônio - GO	Sim	Não	Não
M10	20	Médio Comp.	Babá	Samambaia	Sim	Não	Não

Os dados sociodemográficos indicam que, na ocasião da realização do estudo, as participantes apresentavam a idade média de 27,8 anos, sendo que a participante mais nova tinha 18 anos e a mais velha 43 anos. Em relação ao local de residência, a maior parte delas morava no Distrito Federal. Quanto à escolaridade, predominou o ensino médio completo, sendo que a participante com menor escolaridade possuía ensino fundamental completo e a de maior escolaridade possuía ensino superior com pós-graduação. Sobre a situação ocupacional das mães, a maioria relatou exercício profissional remunerado.

Quanto aos aspectos familiares, conforme informado pelas participantes, houve predomínio das seguintes características: eram primíparas, isto é, tiveram o primeiro filho, e residiam com o pai do recém-nascido. Três mães relataram, ao longo da coleta de dados, a existência de conflitos familiares relevantes, como a rejeição dos pais à gravidez, separação do pai do bebê e pai que desconhecia a gestação.

Os dados sobre a gestação das participantes indicaram que a maioria não planejou a gestação (n=6), foi o primeiro parto prematuro (n=8) e foi hospitalizada antes do parto (n=7), sendo que três mães eram pacientes do pré-natal de alto risco e tiveram internações mais longas e/ou repetidas ao longo da gravidez, em razão de trombofilia, pré-eclâmpsia e/ou perda de líquido amniótico precoce. O tipo de parto que prevaleceu foi o cesáreo.

As características dos recém-nascidos apontaram para a maior frequência de bebês do sexo feminino, com peso ao nascimento variando de 0,945g a 2.347g. Quanto à idade gestacional, a média do grupo foi 32,5 semanas, sendo o valor menor para este índice 31 semanas e o maior 36.

Os neonatos, cujas mães participaram do estudo, nasceram entre os meses de abril a agosto de 2012.

Tabela 2

*Características da gestação, do parto e do bebê das participantes (N=10)*

Participante	Planejamento Gestação	Internação na Gestação	Data Nasc. RN	Sexo RN	Peso Nasc.(g)	Tipo Parto	Idade. Gestac	Parto Prematuro Anterior
M1	Não	Não	27.04.12	Masc.	1.700	Normal	31	Não
M2	Não	Não	28.04.12	Masc.	2.347	Cesáreo	31	Não
M3	Não	Próxima ao Parto	15.05.12	Masc.	1.940	Cesáreo	36	Não
M4	Sim	Pré-Natal Alto Risco	14.05.12	Fem.	1.635	Cesáreo	34	Não
M5	Não	Pré-Natal Alto Risco	11.05.12	Fem.	0,945	Cesáreo	32	Sim
M6	Sim	Não	26.05.12	Fem.	2.170	Normal	32	Não
M7	Não	Próxima ao Parto	03.06.12	Fem.	1.540	Cesáreo	33	Sim
M8	Não	Próxima ao Parto	04.06.12	Masc.	2.100	Normal	33	Não
M9	Sim	Próxima ao Parto	07.08.12	Fem.	1.320	Cesáreo	33	Não
M10	Sim	Pré-Natal Alto Risco	07.08.12	Fem.	1.450	Cesáreo	30	Não

A Tabela 3 informa o tempo de duração de cada etapa hospitalar e o tempo total de internação de cada bebê. A primeira fase da hospitalização teve duração média de 14,6 dias, com variação de 8 a 26 dias de duração. A segunda fase obteve média de 13,6 dias, variando de 4 a 23 dias.

Tabela 3

*Duração da internação nas etapas hospitalares (em dias)*

Participante	1ª Etapa	2ª Etapa	Duração Total
M1	24	23	47
M2	10	10	20
M3	9	4	13
M4	10	21	31
M5	26	31	57
M6	9	11	20
M7	15	6	21
M8	18	5	23
M9	10	8	18
M10	15	17	32
Média	14,6	13,6	28,2

O tempo total de internação do neonato foi em média de 28,2 dias, sendo que a menor duração foi de 13 dias e a maior de 57 dias. Estes dados sobre a duração da internação evidenciaram a variação do tempo que cada mãe passou no hospital acompanhando seus filhos, em decorrência de aspectos diversos: as condições clínicas do bebê, seu ritmo de ganho de peso, o tempo de uso de medicação, o tempo de transição para o aleitamento materno, dentre outros. Estes números evidenciam ainda a quantidade de dias que as mães foram expostas ao contexto hospitalar e aos estressores decorrentes da situação de internação do filho.

### **3.2 Local de Realização do Estudo**

A coleta de dados do presente estudo foi realizada no Hospital Regional de Taguatinga (HRT), integrante da rede pública de saúde do Distrito Federal, com 37 anos de existência e atende a uma parcela considerável da população do Distrito Federal e do entorno da capital. O hospital possui um bloco materno-infantil de destaque para o Distrito Federal, que em 2009 realizou 4.688 partos. É um hospital que segue as recomendações da política nacional de assistência ao recém-nascido prematuro de baixo peso, consolidadas no Método Canguru, credenciado pelo Ministério da Saúde como centro de referência regional do MC. Além disso, foi o quarto hospital do país a receber o título de Hospital Amigo da Criança e é referência nacional e internacional em aleitamento materno. Assim as três etapas do MC estão implantadas no hospital e os neonatos saem de alta com o acompanhamento ambulatorial assegurado.

O hospital possui uma importante unidade de cuidados neonatal há aproximadamente 30 anos, contando com equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social, contando ainda com o auxílio da equipe do banco de leite humano. No ano de 2009, aproximadamente 60% das crianças internadas na unidade de neonatologia do hospital eram prematuras. A unidade de neonatologia é composta de oito leitos de UTIN, quatro leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) interna e 12 leitos de UCIN externa, com a disposição de duas enfermarias com aproximadamente oito leitos cada, para permanência das mães ao longo do acompanhamento hospitalar dos filhos, denominadas enfermaria “Mãe Nutriz” (para as mães que estão de alta da maternidade, mas que os filhos estão internados) e enfermaria “Mãe Canguru” (para as mães que estão com os filhos no alojamento conjunto). O horário de visita à unidade está organizado na seguinte forma: mãe e pai com acesso livre; avós em horário diário pré-determinado; horário diário de visita geral; e, uma vez por semana, horário de visita dos irmãos a partir de 7 anos, após atendimento prévio da psicologia e do serviço social.

### **3.3 Cuidados Éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e aprovado (protocolo 611/11), conforme Anexo 1, tendo sido assegurada a

assistência psicológica às mães participantes da pesquisa, diante de demandas identificadas ou por desejo das mesmas.

A assinatura do TCLE (Anexo 2) ocorreu no início do procedimento de coleta de dados. Neste momento as participantes receberam esclarecimentos sobre as características, objetivos, etapas e demais informações referentes à pesquisa. Enfatizou-se que a participação na pesquisa não representava condição para receber atendimento psicológico. Portanto, foi assegurado que mesmo em caso de recusa de participação, isto não afetaria a assistência psicológica à mãe no decorrer do período em que ela estivesse na Unidade de Neonatologia do HRT.

### **3.4 Instrumentos**

#### **3.4.1 Qualitativos.**

Foram utilizados três roteiros de entrevista semiestruturados para cada etapa do MC, compostos de questões abertas e fechadas, elaborados para o estudo e criados a partir da literatura e da experiência prática da pesquisadora no contexto do MC (Anexo 3):

- 1ª etapa: Roteiro de entrevista com questões sobre dados sociodemográficos das mães como: idade, nível de escolaridade, situação conjugal, número de filhos, idade de outros filhos, com quem estão os outros filhos, situação ocupacional/profissional, participação do pai e rede de apoio social. Questões sobre a gestação tais como: planejamento, partos prematuros anteriores, realização de pré-natal e intercorrências na gestação. O instrumento também é composto de questões que buscavam investigar aspectos psicológicos maternos presentes nesta etapa: expectativas em relação ao bebê anteriores ao nascimento, reação materna ao nascimento prematuro e à hospitalização do bebê, interação com o filho, expectativa em realizar os cuidados, cuidados do bebê que a mãe realizava e autoeficácia e a vivência da maternidade neste contexto. Questões referentes ao tratamento e saúde do bebê, interação com a equipe, amamentação e realização da posição “canguru” completaram as questões desse instrumento.
- 2ª etapa: Roteiro de entrevista com questões sobre essa etapa do MC como a reação de estar junto do bebê na enfermaria e as vivências maternas acerca dos cuidados do bebê que ela passava a realizar: alimentação, banho, troca de fraldas e roupas, percepção da saúde do bebê, interação com o bebê e sobre a posição “canguru”. Foram incluídas ainda questões com o objetivo de investigar aspectos psicológicos maternos característicos desta fase, como: segurança materna em realizar os cuidados e demais sentimentos relacionados com os cuidados do filho, vivência da maternidade nesta fase. O roteiro de entrevista possuía também questões sobre a participação do pai e apoio social nesta etapa, interação e orientações da equipe. Foram incluídas questões para avaliar expectativa de alta hospitalar, pretensão em seguir em casa as orientações recebidas durante a etapa hospitalar e sobre a intenção em continuar a realizar a “posição canguru” após a alta.

- 3ª etapa: Roteiro de entrevista com questões sobre a fase pós-alta, como: reação materna a alta hospitalar, rotina de cuidados do bebê em casa, amamentação, percepção de dificuldades e facilidades nos cuidados, interação com o bebê, realização do MC em casa, continuidade dos cuidados e orientações recebidas no hospital. Assim como questões sobre a participação do pai e de outros membros da família, apoio social, realização de outras atividades domésticas e de autocuidado, e acompanhamento ambulatorial. O instrumento também contemplou questões referentes a aspectos psicológicos maternos desta fase: lembranças da fase hospitalar, realização de cuidados do bebê, preocupações do contexto pós-alta, avaliação da experiência de ser mãe de bebê prematuro e a hospitalização, autoavaliação em comparação ao início da internação do filho e percepção desta experiência como modificadora de vida.

### **3.4.2 Quantitativos.**

- *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* (PMP-E) (Anexo 4). Instrumento elaborado e validado por Barnes e Adamson-Macedo (2007) com uma amostra de 160 mães de bebês prematuros hospitalizados em unidades de neonatologia do Reino Unido. A validação do instrumento ocorreu por meio de análise fatorial e comparação de grupos contrastantes. Trata-se de instrumento composto de vinte itens, que solicita à respondente avaliar os itens de acordo com o que se acreditava conseguir fazer rotineiramente com relação aos cuidados do seu bebê e à sua interação com ele/ela, com respostas dadas em escala Likert de quatro pontos (1= Discordo Totalmente; 4= Concordo Totalmente). A escala é composta de quatro subdomínios ou fatores: Fator 1 (4 itens) refere-se aos procedimentos de cuidado da mãe em relação ao bebê e avalia a percepção materna sobre sua capacidade de executar atividades e tarefas relacionadas às necessidades básicas do bebê, como alimentação; Fator 2 (7 itens) se refere à avaliação materna sobre sua habilidade de eliciar mudanças no comportamento do bebê; Fator 3 (6 itens): avalia as percepções maternas sobre a habilidade de compreender e identificar mudanças no comportamento do bebê; Fator 4 (3 itens) representa os sinais e crenças situacionais que analisam as crenças maternas em relação à sua habilidade de manter interação com o bebê. O escore é calculado pela média aritmética. Quanto mais alto o escore, maior a autoeficácia materna percebida. Para a presente pesquisa, foi realizada a adaptação dessa escala para a língua portuguesa, por meio de procedimentos de tradução reversa e análise semântica, com tradutores bilíngues. Assim, não foi realizada a validação deste instrumento em razão da falta de tempo hábil e do número reduzido de participantes do estudo. No entanto, considerou-se a utilização deste instrumento relevante, pois foi construído e validado com mães de bebês prematuros hospitalizados, população e contexto do presente estudo.

- **Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)** (Anexo 5). Instrumento adaptado para a língua portuguesa por Gimenez e Queiroz (1997) e validado por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001). É uma escala composta de 45 itens, respondida em escala Likert de cinco pontos com a instrução para responder ao questionário, pensando sobre como se está lidando com a condição atual de seu bebê, neste momento do tratamento dele(a), de forma a escolher as opções de resposta de acordo com a escala para avaliação de frequência referente a cada item, distribuída em quatro fatores (1= “Eu nunca faço isso” e 5= “Eu faço isso sempre”).

O primeiro fator refere-se ao enfrentamento focalizado no problema (*alpha de Cronbach* = 0,84), compreendendo 18 itens que avaliam estratégias comportamentais utilizadas para manejo ou solução do problema e estratégias cognitivas voltadas para a reavaliação e significação positiva do estressor. O segundo fator refere-se ao enfrentamento focalizado na emoção (*alpha de Cronbach* = 0,81), composto de 15 itens que avaliam estratégias comportamentais e cognitivas referentes à esquiva, negação, pensamento irrealista e desiderativo, assim como expressões de raiva e culpa e afastamento do problema, além de ações paliativas frente ao estressor. O fator 3 compreende sete itens voltados para a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (*alpha de Cronbach* = 0,74). O quarto fator refere-se à busca por suporte social (*alpha de Cronbach* = 0,70), compreende cinco itens que abordam estratégias de enfrentamento direcionadas à procura de apoio social, . O cálculo do escore de cada fator se dá pela média aritmética. Quanto mais alto o escore, maior a utilização de determinada estratégia de enfrentamento.

### 3.5 Procedimento de Coleta de Dados

Antes de realizar a coleta de dados foi realizada uma fase piloto, com três mães com as mesmas características de inclusão das mães que participaram da pesquisa e que encontravam-se nas fases hospitalares do MC. Naquele momento foram aplicados o TCLE e os instrumentos quantitativos e qualitativos do estudo. O objetivo da fase piloto foi avaliar a adequação e compreensão dos instrumentos pelas mães, definir os procedimentos de coleta de dados, assim como mensurar o tempo de aplicação. Os resultados indicaram que os mesmos estavam adequados, sendo que modificações foram efetuadas nos roteiros de entrevista.

Com relação aos instrumentos quantitativos, durante a aplicação piloto, verificou-se a necessidade da leitura dos itens para as participantes, que em seguida apontavam qual a opção de resposta desejavam. Esta ação contribuiu para melhor compreensão e aplicação de ambos os instrumentos quantitativos deste estudo. O piloto indicou a necessidade de elaboração de instruções claras e aprimoramento da redação de alguns itens na adaptação do instrumento de autoeficácia para a língua portuguesa.

A coleta de dados do presente estudo ocorreu em cada um das etapas do MC, isto é, foram realizadas coletas nas duas fases hospitalares e na fase ambulatorial do acompanhamento do recém-nascido no hospital. O procedimento de coleta de dados foi planejado inicialmente para ocorrer a partir do 7º dia de início de cada etapa, de forma a permitir a mãe vivenciar por algum período cada fase, conforme descrito a seguir:

- 1ª etapa: em que o bebê está separado da mãe, foram aplicados os instrumentos EMEP e PMP-E e o roteiro de entrevista focado em questões da 1ª etapa do Método Canguru.
- 2ª etapa: em que o bebê está no alojamento conjunto com a mãe, foram reaplicados os instrumentos EMEP, PMP-E e o roteiro de entrevista com questões específicas deste momento da internação no MC.
- 3ª etapa: (fase ambulatorial do MC): foram reaplicados, no ambulatório (em dia de retorno ao hospital para acompanhamento), após a primeira semana da alta hospitalar, os instrumentos EMEP, PMP-E e o roteiro de entrevista com questões voltadas às especificidades desta etapa.

As coletas referentes às duas fases hospitalares do acompanhamento do recém-nascido foram realizadas em uma sala da unidade de neonatologia, situada nas proximidades da unidade e das enfermarias onde as mães se encontravam. O local possibilitou a privacidade das participantes, pois no momento da coleta estavam presentes apenas a pesquisadora e a mãe participante e, dependendo do momento, o bebê. Como o objetivo era entrevistar as mães no seu retorno ambulatorial ao hospital, a coleta de dados desta fase foi realizada em diversos ambientes da unidade hospitalar: na sala de espera da consulta pediátrica, em consultórios do ambulatório de pediatria, em consultórios do banco de leite, na sala da neonatologia. Houve também uma entrevista por telefone de uma mãe que não pode comparecer ao hospital, para viabilizar sua participação nesta etapa.

As entrevistas foram gravadas em áudio com consentimento das participantes. O momento de coleta de dados foi estipulado para ter início após o 7º dia de início de cada etapa, porém em razão da dinâmica da rotina hospitalar, das necessidades dos bebês e das mães, esse intervalo de tempo foi ajustado para tornar-se viável para cada situação.

### **3.6 Análise de Dados**

Quanto à análise qualitativa de dados, primeiramente as entrevistas foram transcritas na íntegra; procedeu-se, então, à leitura flutuante do *corpus*. Os dados foram, então, organizados conforme os eixos temáticos de interesse da pesquisa, previamente definidos a partir dos roteiros de entrevista. Os relatos verbais referentes aos eixos temáticos foram categorizados a partir de seu conteúdo (Bardin, 2009), para identificação, nomeação e frequência das categorias. Em três eixos temáticos – *Realização da Posição Canguru, Amamentação e Apoio Social* – os relatos verbais das participantes foram comparados em relação aos diferentes momentos da coleta de dados, visando



identificar possíveis mudanças em crenças, comportamentos e/ou sentimentos das mães. Efetuou-se, ainda, a seleção de trechos de relatos das participantes como ilustração das categorias identificadas.

O *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 18,5 foi utilizado para a análise quantitativa de dados. Inicialmente, precedeu-se a análises estatísticas descritivas em relação às medidas de autoeficácia e enfrentamento. Para investigação da ocorrência de diferenças nos escores médios dessas variáveis, nos três momentos do estudo, foi aplicado o teste não paramétrico *T de Wilcoxon*, que permite comparação de médias com medidas repetidas, delineamento adotado no presente estudo.

## Capítulo IV

### Resultados

A apresentação dos resultados do estudo tem início com os resultados qualitativos, originários das entrevistas com as mães, e em seguida os resultados quantitativos, cujos dados foram obtidos da aplicação dos instrumentos. As mães participantes do estudo foram nomeadas de M1 a M10.

#### 4.1 Resultados Qualitativos

Em relação aos dados qualitativos, as informações foram organizadas de acordo com eixos temáticos em cada etapa da coleta de dados, que serão apresentadas de forma descritiva e com exemplificações de falas das mães. Em alguns eixos temáticos os relatos das mães ilustraram categorias de análise, que serão destacadas na apresentação dos resultados.

A apresentação dos resultados qualitativos será iniciada pelos dados da 1ª etapa do Método Canguru e seguindo sucessivamente para as informações da 2ª e 3ª etapas. Para algumas dimensões temáticas, optou-se por apresentar os resultados das três etapas de forma conjunta, após a descrição dos resultados das três etapas, como ilustra a Figura 1.

##### 4.1.1 Eixos temáticos da 1ª Etapa do MC.

Na 1ª etapa foram identificados os seguintes eixos temáticos: (a) nascimento prematuro: reações maternas; (b) reação materna à hospitalização do bebê; (c) evolução clínica do bebê e sentimentos maternos; (d) o mais difícil desta etapa; (e) realização de cuidados; (e) interação com o bebê; (f) sentimentos materno no contato com o bebê; (g) participação do pai; (h) atuação da equipe; (i) atuação profissional e sentimentos maternos e (h) vivências maternas na 1ª etapa. A seguir estão descritas cada um dos eixos.

O eixo temático *nascimento prematuro: reações maternas* trata das reações das mães ao nascimento pré-termo. Seus relatos permitiram a identificação de duas categorias: *sentimentos de conotação positiva* e *sentimentos de conotação negativa*. *Sentimentos de conotação positiva* foram verbalizados por sete participantes, como alegria, amor, tranquilidade e desejo de cuidar: “Aí foi uma emoção muito grande, eu comecei a chorar, mas você não pode chorar. Assim, nossa, foi uma coisa que só quem é mãe sabe explicar. Foi assim aquele amor logo de imediato. Uma coisa boa, muito boa” (M4).

<b>Etapa 1: Eixos temáticos</b>
<p>Nascimento prematuro: reações maternas  Reação materna à hospitalização do bebê  Evolução clínica do bebê e sentimentos maternos  O mais difícil desta etapa  Realização de cuidados  Interação com o bebê  Participação do pai  Sentimentos maternos no contato com o bebê  Atuação da equipe  Atuação profissional e sentimentos maternos  Vivências maternas na 1ª etapa</p>
<b>Etapa 2: Eixos temáticos</b>
<p>Reação materna em estar com o bebê na enfermaria  Realização de cuidados e sentimentos maternos  Cuidado mais difícil  Cuidado mais fácil  Imaginando a realização dos cuidados em casa  Pai e interação com o bebê  Atuação da equipe  Reflexões maternas sobre a trajetória hospitalar  Vivência da maternidade na 2ª etapa  Expectativa de alta hospitalar</p>
<b>Etapa 3: Eixos temáticos</b>
<p>Reação materna à alta hospitalar  Autocuidado materno  Afazeres domésticos  Cuidados do bebê em casa  Cuidado mais difícil  Cuidado mais fácil  Interação com bebê  Reflexões maternas na 3ª etapa</p>
<b>Todas as etapas de forma conjunta</b>
<p>Realização da Posição Canguru  Amamentação  Apoio Social</p>

*Figura 1.* Eixos temáticos nas três etapas

Quanto a *sentimentos de conotação negativa* os relatos de seis mães que contribuíram com essa categoria expressaram vivências emocionais de tristeza, angústia, aflição, culpa pelo parto prematuro, preocupação com a fragilidade do bebê e da separação em razão da hospitalização do filho, como ilustrado nos seguintes relatos: “Eu já queria ficar com ele, ai levaram. Tanto que

demoraram a trazer, e eu ficava perguntando: o que houve?” (M2); “Nossa, eu fiquei triste, assim que não pude ver ela direitinho, não pude tocar. Ainda hoje eu não toquei nela ainda” (M9); “Mas acho que também porque eu fumava cigarro...” (M7).

O relato de M7 ilustrou a ambivalência de emoções tanto positivas quanto negativas ocorrendo concomitantemente: “Tudo junto, pela alegria, tristeza que já passei”.

No eixo temático *reação materna à hospitalização do bebê* prevaleceram relatos de emoções negativas: ansiedade, desespero, medo da piora do estado de saúde do bebê e de perdê-lo, além de crenças negativas sobre a unidade de cuidados intensivos, tal como exemplificado por dois relatos: “Vai precisar ir para a UTI”... ai já dava um desespero, porque a gente pensa: UTI... nossa!” (M2)

*Eu pensei que ela não fosse para a UTI, eles chegaram ainda botaram em cima de mim aí disseram que ela estava só no berçário. Aí quando foi segunda-feira disseram que ela estava na UTI. Aí pronto, acabou comigo. Eu pensei que ela não fosse sobreviver não, fiquei com muito medo (M7).*

Outro eixo temático pesquisado foi *evolução clínica do bebê e sentimentos maternos*, que teve a contribuição de falas de oito participantes que expressaram a relação entre a evolução do estado de saúde do recém-nascido e a ocorrência de emoções maternas positivas, conforme o relato de M6:

*Tudo está sendo bom, está sendo bom por causa da evolução do quadro dela também né, porque se fosse o contrário eu não estaria com esta mesma percepção. Como ela está evoluindo a cada dia que eu chego lá, uma boa notícia me confortou bastante é só evolução. Estou bem feliz e ótima.*

Em relação ao eixo temático que avaliou a percepção materna sobre *O mais difícil desta etapa*, os relatos permitiram identificar três categorias de dificuldades: *estar longe do bebê* (cinco relatos); *ver o bebê na situação de UTIN* (três relatos); *a mãe estar no hospital* (dois relatos). Os relatos selecionados exemplificam respectivamente as três categorias: “Ela não estar comigo do meu lado. Isso para mim é assim o que mais está pesando” (M4); “Pra mim é ficar vendo ele ali naquela situação” (M1); “Os dias que está parado, naquela mesmice ... a gente se sente presa aqui porque não pode sair, meu Deus o tempo não passa” (M5).

No que tange aos contatos com o bebê que a mãe realiza na primeira fase do MC, três eixos temáticos foram pesquisados: *realização de cuidados; interação; sentimentos maternos no contato com o bebê*. Para o eixo *realização de cuidados* as respostas das participantes foram divididas em duas categorias: *não realiza*, com seis relatos, e *já realiza*, com quatro relatos, tal como ilustrado pelas falas de M9 e M6, respectivamente: “Não, ainda não... não pude fazer isso ainda não” (M9); “Comecei, foi ontem, ontem eu tirei, troquei a fralda dela pela primeira vez. Eu fiquei muito feliz

com isso.” (M6). Esse eixo expressa a realidade dessa etapa em que os bebês estão mais sob os cuidados da equipe de saúde, sendo que as mães, a partir da melhora do filho, iniciam os cuidados gradativamente, como trocar e banhar o bebê. Assim, essa fase pode ter muita variação devido ao momento em que a mãe passa a realizar os cuidados do seu bebê.

O eixo temático *interação* apontou para verbalizações de oito participantes, que ainda não estavam realizando os cuidados maternos e, portanto, em suas falas não prevaleceu a descrição de cuidar, mas sim de interações como tocar, conversar, cantar e segurar o bebê no colo enquanto a equipe realizava cuidados como a assepsia da incubadora, adequar a sonda de alimentação, entre outros. O relato de M5 exemplifica esse eixo temático:

*Por enquanto, o que eu posso fazer é ficar ali, segurando (...), hoje mesmo de manhã fui levar às 6 horas da manhã o leitinho dela. Ela tava lá com o olhão, e chorando, aí eu fiquei lá com ela, a gente coloca a mão em cima, ela fica calma. Canta para ela até ela dormir. Ela vai ficando calminha. Quando eu vejo aquela sondinha transpassada nela, eu ajeto ela. Quando ela está com a mão no rosto, eu tiro a mão do rosto dela, converso com ela. É, aí de vez em quando elas falavam: “eu vou limpar a incubadora” e eu falava opa, eu vou segurar, ficava lá segurando ela.*

Com relação ao eixo temático *sentimentos maternos no contato com o bebê*, as mães expressaram suas reações emocionais na interação com o filho internado, que foram descritos em três categorias, com base nos relatos das participantes: *alegria* (dois relatos), *expectativa por maior contato* (três relatos) e *receio* (três relatos). As mães M4 e M10 encontravam-se há mais tempo envolvidas nos cuidados de seus filhos, e, portanto, com maior interação com o bebê, por esta razão não apresentaram verbalizações nesse eixo. A categoria *alegria* expressou a satisfação materna diante do contato com o filho: “Uma emoção muito grande, porque um olhão assim, sabe, e depois fechou o olho e uma vez eu fui levar o leitinho dele, falei 'a mamãe tá aqui com o seu leitinho', abriu e fechou bem rapidinho. Foi muito gratificante” (M1). Na categoria *expectativa por maior contato* as mães afirmaram o desejo de ter maior interação e iniciar os cuidados de seu recém-nascido, como expressaram M6 e M9, respectivamente: “Muito difícil, eu sei que é muito bom, a minha ansiedade, por eu ser ansiosa demais, acho que a minha ansiedade me deixa mais tensa. Porque por mim eu já pegava ela encostava aqui e sei que tudo iria resolver, mas não é por aí, né”; “Eu tô ansiosa pra esse momento chegar”.

*Receio* representou outro conjunto de verbalizações maternas com predomínio de sentimentos de medo e insegurança no que tange ao contato maior com o filho, seja pela possibilidade desse contato representar um risco de infecção para o bebê ou por sentimentos de autoeficácia reduzida quanto às condutas de cuidado: “Eu tenho medo de passar alguma bactéria” (M2); “Eu não me vejo cuidando, aí quando chegar comigo que eu cuidar aí eu vou poder falar. Mas ainda não me vejo cuidando dele, tenho medo. Me dá um certo medo (M8)”.

No eixo temático *Participação do Pai*, as verbalizações referiram, de forma geral, ao pai como figura de apoio para a mãe e presente no contexto hospitalar, seja por visitas ou por participação via telefone, conforme relato de M6: “Todo dia ele vem visitá-la, né, me dá força também.” A participação paterna foi descrita como adaptada à realidade de cada pai, sendo que alguns deles – por motivos de trabalho ou de doença na família – não foram todos os dias ao hospital, , como exemplifica a fala de M5:

*No começo, agora mesmo ele foi para Goiânia para ver a mãe dele, porque a mãe dele está doente. Aí ele foi para lá esses dias porque o irmão dele separou e teve que ficar com os dois meninos e a irmã dele tá vindo do Pará para lá olhar a mãe dele porque ela tem ... ela é muito doente, a mãe dele. Os médicos até falou assim que ela não vai ficar muito tempo né, aí esses tempo ele está para lá e para cá, aí ele fica naquela agonia dele.*

Alguns relatos das participantes referiram ao sofrimento paterno diante da hospitalização do filho, como ilustra a fala de M7: “Ele chora mais do que eu. É a primeira filha. O primeiro filho dele. Está sofrendo demais. Ele vem todo dia e chora toda vez.”

Para o eixo temático *atuação da equipe* foram identificadas duas categorias: *satisfação* e *satisfação com ressalvas*. Esse eixo investigou como as participantes opinavam sobre a atuação dos profissionais. A primeira categoria predominou, com relatos de seis mães, que expressaram satisfação com a equipe e o tratamento dispensado aos filhos; porém quatro delas, ainda que verbalizaram que estavam satisfeitas, fizeram ressalvas e queixas a respeito da comunicação e da relação com determinados membros da equipe. Na fala de M10 é possível perceber satisfação com a atenção recebida: “Sempre que eu ia pedir explicação, se eles... nunca vieram com ignorância... sempre me deram explicação... sempre... às vezes eu chegava e ficava com medo de perguntar, aí elas iam lá e mesmo assim me falavam o que estava acontecendo”. Como exemplo para ilustrar *satisfação com ressalvas*, os trechos das falas de M8 e M4, respectivamente, são ilustrativos: “Tem uns que estão me atendendo muito bem, tem uns que são mais rudes, mas a maioria são todas ótimas, não tenho nem o que reclamar” e “Excelente, tirando uns e outros. Excelente, ótima. No início, eu questionei muito por causa desse médico, mas depois não. Ai, veio outros e conversou comigo, todos tirando este que não gostei dele, foram excelente comigo.”

Para o eixo temático *atuação profissional e sentimentos maternos* foram obtidos relatos em que prevaleceram observações de associação entre interação satisfatória com a equipe e redução de ansiedade materna, conforme verbalizações de M1, M10 e M6: “Eu me senti assim que ia dar tudo certo né, porque tava sendo bem cuidado, aqui é diferente, as meninas cuidam bem. O médico tá sempre perguntando alguma coisa ou você pergunta pra ele e ele te responde” (M1); “Aí, com dois dias, quando eu fui lá, ela já estava com outro aparelho, aí eu fiquei mais nervosa ainda. Aí ela falou assim, não, a gente trocou o aparelho porque ela está desenvolvendo. Ela está deixando o oxigênio” (M10);

*A princípio, eu fiquei muito preocupada, mas, assim, os médicos foram bastante atenciosos, então, sempre me explicavam porque, as enfermeiras também foram bem bacanas me explicando, então eu sou muito tranquila, quando eu tenho a explicação, quando me orientam direitinho, aí eu fico mais tranquila (M6).*

As verbalizações acerca das *vivências maternas na 1ª etapa* evidenciaram o predomínio de quatro categorias. A primeira categoria *não sentir-se mãe ainda* obteve quatro relatos: “Olha, é muito estranho porque às vezes eu não... como eu não tenho contato com ele, eu não cuido... para mim às vezes parece que eu não sou mãe ainda. Parece que eu tô no hospital fiz uma cirurgia e tô me recuperando, entende?” (M2); “Então, a gente vai criando o amor quando a gente vai pegando. Igual, o amor que eu senti por ele hoje é bem maior do que eu sentia ontem, por ele ter ficado mais comigo, de ter tentado mamar” (M8);

*Eu acho que você é mãe mesmo quando tem o contato com ela, apesar de ser mãe já, de ter todo o cuidado, de ter me preparado para aqueles dias de noites em claro, mas eu achei que serei mãe mesmo quando estiver com ela ali agarrada, acordando e limpando e trocando (...) É, isso mesmo. Porque eu ainda penso, nossa, o que eu poderia estar fazendo, uma estranha é quem está fazendo, eu fico pensando que será que ela sabe que sou eu ou não sou eu. Que é uma pessoa estranha que não é a mãe dela. Eu fico pensando, porque as enfermeiras que estão tendo este cuidado maior ficam ali o tempo todo (M6).*

Uma segunda categoria foi em direção contrária à anterior, denominada *cuidar e realização com a maternidade*, como na fala de M4, mãe que já estava realizando os cuidados do seu bebê:

*Ser mãe, hoje para mim, eu falo que é a melhor coisa do mundo. Você ter um serzinho ali que você alimenta, que você sabe que você tem que trocar a fralda, que você tem que banhar, que você tem que cuidar. Não tem um presente melhor do que ser mãe (M4).*

Uma terceira categoria de relatos denominada *saúde do bebê e valorização da relação mãe-filho*, representada por duas falas, reportaram a vivência materna nesta etapa marcada pelo desejo de recuperação do bebê e da valorização da relação com o filho.

*Que em primeiro lugar todo mundo espera que ele fique bem, se recupere bem e que, que ele saia né, sem sequela, sem nada e a gente vai ter mais vontade ainda de cuidar dele né, mais amor ainda. Assim de carinho, de amor aí pensa em dar pra esse assim, sabe. Que às vezes passa coisa despercebido, né?... Aí só aqui que a gente vê mais sabe (M3).*

A quarta categoria que descreveu a vivência materna na primeira etapa foi a *força da mãe* para lidar com dificuldades que eventualmente aparecem, emergindo nas falas de três participantes, sendo exemplificada por trechos de relatos de M5 e de M1: "Tipo assim, Deus

escolhe as pessoas, tipo os especiais, Ele sabe quem é que pode cuidar daqueles especiais né, daqueles meninos que nascem com problema. Ele escolhe as pessoas que sabem cuidar e já passei por esta experiência” (M5).

*Pode falar assim N., você vai sair daqui e você não tem onde morar, você constrói um barraco. Você mora em qualquer lugar com ele, sabia? Porque você tem uma força, como se fosse uma leoa. Eu me sinto uma leoa. É muito forte isso. Não sei se todas é assim, né... Mas falasse assim você tá com uma luta tal,tal,tal e o seu bebê tá bem, isso basta. Pode o teto tá desabando, pode tá em cima de um casebre, não importa. O bebê tá bem? E é isso. É a força. Tem que ser mãe pra se tornar essa leoa. A gente tem uma leoa dentro da gente e a gente não sabe (M1).*

#### **4.1.2 Eixos temáticos da 2ª Etapa do MC.**

Para descrever as características 2ª etapa foram utilizados os seguintes eixos temáticos: (a) *reação materna por estar com o bebê na enfermaria;* (b) *realização de cuidados e sentimentos maternos;* (c) *cuidado mais difícil, cuidado mais fácil;* (d) *imaginando a realização dos cuidados em casa;* (e) *pai e interação com o bebê;* (f) *atuação da equipe;* (g) *reflexões maternas sobre a trajetória hospitalar;* (h) *vivência da maternidade na 2ª etapa;* (i) *expectativa de alta hospitalar.*

Nesta etapa do MC, as mães encontram-se na enfermaria com seus bebês realizando os cuidados de seus filhos, com apoio e supervisão da equipe. Diante deste contexto, serão apresentados os eixos temáticos que representam a rotina da 2ª etapa do MC, a saber: *reação materna por estar com o bebê na enfermaria, realização de cuidados e sentimentos maternos, cuidado mais difícil, cuidado mais fácil e imaginando a realização dos cuidados em casa.*

A análise das verbalizações referentes à *reação materna por estar com o bebê*, de forma geral mostrou emoções positivas como alívio, felicidade, alegria pela proximidade com o filho, conforme descreveram M1, M7 e M2, respectivamente: “Foi bem melhor, só de estar com ele. De ver que ele tá bem, de ter o contato e o cuidado. Felicidade muito grande”; “Na mesma hora, eu não sei se eu chorava, se eu sorria. (...) Ah, foi ótimo, foi maravilhoso quando peguei ela no braço e botei lá do meu lado”.

*Foi bem melhor, só de estar com ele. De ver que ele tá bem, de ter o contato e o cuidado. Felicidade muito grande. O que senti melhor, por causa da preocupação, quando ele tá lá dentro fica naquela peleja, né? Fiquei menos preocupada. Ah! É maravilhoso, né? Só de ver que ele tá bem, que eu posso cuidar dele.*

De modo geral, prevaleceram nos discursos maternos referentes ao eixo temático *sentimentos maternos e realização dos cuidados* a vivência de sentimentos de insegurança relacionados à realização dos cuidados do bebê, como afirmou M1: “Sem roupa dá uma insegurança, parece que ele vai cair, vai quebrar”.



Os relatos de algumas mães apontaram para sentimentos de insegurança inicial ao realizar os cuidados, seguidos de descrições com conotação de progresso, como demonstra a fala de M4:

*No início, eu fiquei com medo porque pelo fato de ser uma bebê pequeninha, frágil, eu fiquei 'será que eu vou conseguir? Como é que eu vou pegar?'. Dar banho, trocar, não é igual a um bebê de nove meses que é forte, todo mais durinho. Não, ele já é mais molinho, mas não, não foi nenhum bicho de sete cabeças, não. Foi fácil, pensei que fosse ser mais difícil.*

Outras mães verbalizaram o receio, ainda presente, em desempenhar algum cuidado específico, como na fala de M10: ‘Só banho que não tinha dado nela pequeninha ainda, aí dá um pouquinho de medo. Medo dela escorregar’.

Os dados referentes aos eixos temáticos *cuidado mais difícil* e *cuidado mais fácil* foram organizados na Tabela 4, de forma a permitir uma melhor visualização dos cuidados em relação aos quais percebiam dificuldades, ao lado daqueles que tinham mais facilidade.

Com relação à avaliação materna sobre o *cuidado mais difícil*, os relatos apontaram para maior frequência de *banho* (n=5), com *amamentação* em segundo lugar (n=3). Cabe ressaltar que as mães receberam da equipe a orientação sobre a realização do banho no balde, tal como recomendado no MC, além dos procedimentos para favorecer o aleitamento. Já quanto à percepção de *cuidado mais fácil*, as respostas apresentaram maior diversidade, com destaque para as que expressaram domínio na realização de todos os cuidados. Apenas M10 considerou que nenhum cuidado era fácil.

Tabela 4

*Cuidado mais difícil e cuidado mais fácil na 2ª etapa*

Participante	Mais Difícil	Mais Fácil
M1	Amamentação	Tudo
M2	Amamentação	Trocar
M3	Banho	Amamentação
M4	Cólica	Banho
M5	Nenhum	Banho
M6	Amamentação	Tudo
M7	Banho	Amamentação
M8	Banho	Tudo
M9	Banho	Trocar
M10	Banho	Nenhum

Ao realizar a comparação de respostas de cuidado notou-se que M1 e M6 responderam que amamentação era o cuidado mais difícil, sendo que ambas avaliaram depois que todos os cuidados eram fáceis. A análise das falas de ambas permitiu depreender que amamentação estava em processo de aperfeiçoamento, exemplificado pela fala de M6: “A amamentação. Ainda está em aprendizado, tem que amadurecer, como diz a médica. Ela já tem peso, só falta amamentar”.

Com relação ao eixo temático *imaginando a realização dos cuidados em casa*, foi possível perceber o predomínio de relatos maternos que expressavam otimismo e segurança materna em realizar os cuidados em casa, conforme os exemplos de M9 e M4, respectivamente: “Acho que vou conseguir tudo certinho. Aqui já estou indo bem, em casa acho que vai ser melhor ainda”;

*Eu me acho muito capaz, estou segura, não estou insegura, assim, só esse medo que nem a médica falou 'acontece, lógico que acontece', mas assim, mas é segurança, estou segura, tirando esse medo dela perder peso (...) você fazendo o que faz aqui, como é que ela vai perder peso, não tem como, né? E vou seguir todas as orientações que a médica está passando para a gente e ficar vindo acompanhando ela. Mas estou bem segura em relação a isso.*

Ainda neste mesmo eixo temático, três participantes descreveram expectativa positiva em relação aos cuidados em casa por contarem com a ajuda de familiares para a realização, conforme o seguinte trecho: “Porque lá eu vou ter a minha mãe para ajudar, minha avó também, aí lá, nossa, minha mãe... Toda semana tem uma criança lá em casa, os netos da minha mãe (...) Está todo mundo esperando ele, vai ter muita gente para ajudar” (M8).

No entanto, foram identificados relatos de insegurança materna, expressando reduzida autoeficácia nas condutas de cuidar do bebê: “Tem aquela preocupação, que ele é pequeno, a gente não sabe o que ele tá sentindo, né? Ai em casa, às vezes não é que nem aqui, aqui a gente tem o auxílio, as enfermeiras dão remédio e tá tudo bem, mas em casa não, né? Ai isso gera um preocupação maior” (M2).

A respeito do eixo temático *pai e interação com o bebê*, os relatos das participantes descreveram, de forma geral, a prevalência da presença paterna nesta etapa, sendo que a participação variou de acordo com a disponibilidade do pai em ir ao hospital em razão de trabalho ou estudo. Houve predomínio de relatos sobre a insegurança paterna interagir com o bebê, conforme os exemplos abaixo:

*Como ele tá dando aula, ele veio uma vez depois que ele tinha saído, só que ele ficou, assim receoso de pegar porque é assim pequeno e tal, mas... não adianta não ele vai ter que cuidar também, trocar fralda, dar banho, tudo.(M2)*

*Tem vezes que ele não vem não né. Fica cansado demais, aí não vem. Ele faz um curso pertinho, aí ele passa todo dia. Ele não pega não, com medo. Às vezes ele pega, não é toda vez não. Não gosta de pegar não. Às vezes ela está dormindo e ele fica com dó de acordar*

*ela. É, com medo. Perguntei a ele se ele queria pegar e ele falou que não que ela estava dormindo, deixa a bichinha dormir (M9).*

As verbalizações das participantes que compõem o eixo temático *atuação da equipe* na 2ª etapa expressaram, de forma geral, uma avaliação satisfatória, com destaque para papel da equipe em contribuir para o desenvolvimento de sentimentos de autoeficácia quanto aos cuidados e a segurança materna ao ensiná-las a realizar os cuidados do bebê, como exemplifica as falas de M2 e M3, respectivamente: “Foi bem claro, né... tanto que eu já tô assim, sabe, sabendo lidar com ele direitinho (...) aprendi coisas, assim, que eu não sabia, né, sobre bebês prematuros... e aprendi”;

*A equipe, as enfermeiras, todo mundo ajuda muito tanto na parte da alimentação, no banho (...) Sempre qualquer dúvida que tivesse podia tá contando com ela, o cuidado com temperatura, peso... Então o tratamento e a atenção delas é muito grande. É muito importante.*

Contudo algumas participantes fizeram observação de satisfação com ressalvas quanto à atuação da equipe, como exemplifica a fala de M7:

*Tem umas que eu gosto, tem umas que eu não gosto não. Tem umas que são ignorantes, a gente pergunta as coisas fica de cara fechada. Mas tem umas que, Claudinha parece, muito legal ela, a senhora que está aí, muito boa, muito gente boa. Tem umas que eu não vou com a cara não. Mas são gente boa. Elas te informam, te perguntam, elas falam. Então, de algumas a gente tem que reclamar, outras não. Ninguém é perfeito.*

A respeito do eixo temático *reflexões maternas sobre a trajetória hospitalar*, prevaleceram nos discursos das participantes a percepção de superação, de força e de sentir-se mais experientes em comparação a como se sentiam no início da internação de seus filhos. Algumas avaliaram que a experiência no contexto hospitalar foi uma experiência transformadora, como evidenciam os relatos a seguir: “Eu acho que é uma pessoa forte, mais experiente, né. Preparada para o mundo lá fora” (M1); “ (...) agora eu entendo quando as mães falam que o filho é a razão de viver, realmente é a razão de superação mesmo” (M6);

*Com certeza, foi uma lição de vida para mim, muito grande, e, até para mim mesma, para a minha pessoa. Nossa fui capaz disso, de enfrentar tudo isso, que eu mesmo não me achava, mas hoje não, hoje já discordo, me vejo uma pessoa muito vitoriosa, capaz de enfrentar (M4).*

O eixo temático *vivências maternas na 2ª etapa* agrupou verbalizações sobre a percepção de maternidade naquele momento e houve predomínio de relatos sobre a transformação vivenciada, se comparada à etapa anterior quando estavam longe do bebê. Em razão do maior contato e

envolvimento nos cuidados do bebê, as mães descreveram sentimentos de plenitude no exercício da maternidade, devido à proximidade com os filhos que favorece o processo de vínculo, como exemplificam os relatos: “Muda, muda porque tem contato, né, muda bastante porque antes meu contato era só mãos e corpo dela na incubadora, agora não, agora é corpo a corpo. Muda bastante. É ótimo, um sentimento muito bom” (M6);

*É, antes eu não tinha contato, é que nem eu falei, é como se não fosse mãe ainda. Quando a gente pega ele já...já vem aquela coisa mesmo de mãe que tá cuidando. É prazeroso até... É cansativo, bastante, mas... até que é prazeroso. Dá muito trabalho, mas é a melhor coisa que tem (M2);*

*Como eu me sinto como mãe, ah, eu me sinto feliz, me sinto uma boa mãe, me sinto uma outra pessoa, resumindo assim tudo, uma outra pessoa. Uma pessoa que, assim, eu me imaginava... eu me imaginava uma mãe (...) posso estar no sono mais pesado que for... Igual hoje mesmo, eu cochilei um pouquinho, eu estava fazendo canguru com ela de madrugada, o pescoço dela escorregou, só deu uma inclinadinha assim, eu já assustei, os reflexos da gente ficam mais ativos. Me sinto uma boa mãe, em geral (M4).*

O eixo temático *expectativa de alta hospitalar* permitiu a identificação de três categorias presentes nas falas das participantes: *preocupação com o ganho de peso do bebê para a alta hospitalar*, *desejo materno de sair do hospital* e *esperar o tempo do bebê*.

Nesta etapa do MC, quatro mães relataram as preocupações com o ganho ou perda de peso do bebê. É importante ressaltar que nesta etapa, atingir uma faixa de peso pré-determinada representa uma das condições para a alta hospitalar. Um dos parâmetros utilizados pela equipe para avaliação da efetividade da amamentação é o ganho ponderal de peso do bebê. Os relatos a seguir ilustram essa categoria: “eles querem prender muito nós aqui só por causa de 10g e eu não me conformei, já chorei, não me conformei ainda não” (M7); “Assim, dando o copinho, às vezes perde peso porque fica fazendo esforço, né? Aí fico com medo de ela ficar só perdendo peso. Aí fica mais difícil de ir embora. Mas tem de confiar né” (M9).

Neste eixo temático, identificou-se também a categoria *desejo materno de sair do hospital*, presentes nos relatos de três mães, que expressaram seu desejo de libertação do contexto hospitalar, ambiente acerca do qual mencionaram sensações de aprisionamento, como descreveu M6:

*Ah, não, a única coisa que eu gostaria de dizer é que eu quero ir embora. É sair do hospital, quero sair desse cárcere aqui. Porque assim, para a criança está sendo ótimo isso, porque ela está sendo cuidada, mas para as mães é complicado.*

Outra categoria encontrada neste eixo foi *esperar o tempo do bebê*, com dois relatos, que expressou a resposta materna de aguardar o tempo necessário para o bebê ter alta, com menor ansiedade pela saída, como evidenciado no relato de M8:

*Eu nem estava me preparando para ir para casa porque eu achei que ia demorar mais um tempo, mas em relação a ir para casa, estou bem tranquila, não estou com tanta pressa, estou ansiosa para ir para casa, lógico, mas eu quero que ele vá para casa quando ele já estiver bem, não me importo em ficar aqui, ele saindo daqui bem, com peso bom é o que importa.*

#### **4.1.3 Eixos temáticos da 3ª Etapa do MC.**

Os eixos temáticos analisados na 3ª etapa, quando a mãe tem alta do hospital e está em sua residência, foram: (a) *reação materna à alta hospitalar*; (b) *autocuidado materno*; (c) *afazeres domésticos*; (d) *cuidados do bebê em casa*; (e) *cuidado mais difícil*, (f) *cuidado mais fácil*; (g) *interação com bebê* e (h) *reflexões maternas na 3ª etapa*.

O eixo temático *reações maternas à alta hospitalar* expressa as emoções das mães ao receberem a notícia da alta do hospital, fato muito esperado e que encerra o ciclo hospitalar de acompanhamento do recém-nascido. É importante ressaltar que o tempo de duração da etapa hospitalar variou conforme as necessidades e o estado de saúde do bebê, sendo que algumas mães tiveram um tempo maior de permanência no hospital em relação a outras.

De forma geral, nas verbalizações das participantes predominaram descrições de sentimentos de felicidade e de satisfação, como exemplificam as seguintes falas: “Foi muito bom. Nem acreditei, eu fiquei flutuando. Os pés parecem que queriam sair do chão. É maravilhoso. Só o fato de ir pra casa, depois de um mês e quarenta e cinco dias, não, quarenta e sete.” (M1); “Ah, eu senti, nossa, tanta felicidade que chega, nossa, eu não sabia o que eu fazia” (M3);

*É verdade. Quando eu recebi alta é a melhor palavra da minha vida, da maternidade. Que é tão esperada né porque todo dia com ansiedade, porque quando não é aquele dia da alta a gente fica frustrada, um momento que a gente é incapaz, né. Será o que que a gente está fazendo de errado? Que a gente está acordando às três horas, de três em três horas, fazendo tudo o que eles pedem, mas (...) até que a gente entende que é um momento do neném, então a gente começa a ter um pouco mais de paciência (M6).*

Destacou-se na análise deste eixo temático, que somada à descrição de felicidade pela alta hospitalar, algumas apresentaram relatos de sentimentos de alívio: por sair do hospital ou pela recuperação do bebê, conforme visto em M5 e em M8, respectivamente: “Um alívio, ai meu Deus do céu. Ai, vou sair daqui, como se a gente estivesse presa, minha liberdade”;

*Ai, eu senti um alívio porque agora eu já sabia que ele estava bem mesmo. Porque para ir para casa tem que estar bem. Aí, foi um alívio muito grande porque aqui no hospital ainda tinha aquele receio. Nossa, foi tão bom quando ela falou que já estava de alta, que já podia ir para casa, que ele já estava bem.*

Neste eixo temático também foram identificados relatos de três mães sobre sentimentos concomitantes de felicidade pela alta do hospital e de insegurança em relação à saúde do bebê em casa, como exemplifica a fala de M2:

*Eu fiquei feliz, a gente fica louco pra ir embora: 'Ai, eu vou pra casa!' Só que a gente se importa mais com a saúde do neném, será que vai ficar bem? Então ao mesmo tempo que eu fiquei feliz de ir pra casa fiquei muito insegura.*

Alguns relatos das participantes também evidenciaram o empenho materno em seguir as orientações recebidas na fase hospitalar sobre os cuidados do bebê, como descreveu M3:

*É, eu acho assim, quando a pessoa, como eu falei, segue todas as orientações, tudo o que aprendeu, vai tudo bem, né? Só não pode esquecer, né? (...) Porque às vezes você sai do hospital e faz tudo diferente, né? Agora, se você tem noção de que aquilo vai fazer bem para o seu filho, e seguir, tá tudo bem.*

Com relação aos aspectos do contexto pós-alta hospitalar foram pesquisados cinco eixos temáticos: *autocuidado materno, afazeres domésticos, cuidados do bebê em casa, cuidado mais difícil, cuidado mais fácil e interação com bebê*. Estes elementos possibilitaram conhecer características da rotina domiciliar após a saída do hospital.

De forma geral, os relatos das participantes sobre o eixo temático *autocuidado materno* apontaram para dificuldades de executar essas ações, em razão do foco das atenções maternas estarem no bebê. Representaram exemplos deste eixo as falas de M3 e M8, respectivamente: “Ah, tá um pouquinho difícil. É... tô deixando de lado. A gente esquece um pouquinho”;

*É incrível, eu não como mais né. Só quando tem tempo. Toda vez que eu vou comer, ele acorda. Pode ter acabado de mamar, se eu tiver comendo ele acorda. Se eu for tomar banho então, meu cabelo nunca mais foi lavado direito porque quando eu começo a lavar, ele chora. Aí tenho que lavar rapidão e sair do banheiro porque ele só tranquiliza com o peito.*

O eixo temático *afazeres domésticos* explorou como as mães estavam realizando as atividades ligadas ao cotidiano da casa, como cozinhar, lavar e passar roupas, entre outras. De forma geral, as participantes relataram possuir algum tipo de ajuda para a realização dessas tarefas, sendo que as principais fontes de apoio descritas foram os familiares, em especial a avó materna do recém-nascido, como exemplificam as falas de M8 e M4, respectivamente: “Minha mãe passa todo dia lá e faz para mim...” e “Não, minha mãe faz tudo... Eu fico mais, eu arrumo só o quarto, que eu fico mais com ele. Eu não deixo ele sozinho. Aí eu arrumo o quarto e minha mãe arruma o resto da casa.”

Algumas participantes referiram que quando necessitam realizar tarefas domésticas, em geral, as realizam quando o bebê está dormindo, como ilustra a continuidade da fala de M4, iniciada acima, e a fala de M2, respectivamente:

*Eu não tenho tempo, aí às vezes eu coloco ela no bebê conforto, tiro tudo da mesa, ponho ela em cima da mesa, aí eu vou fazer, vou tentar fazer, aí ela começa e o cheiro é forte. Aí levo ela pro quarto, quando chega no quarto aí ela começa o berreiro. Uma louça dá para lavar. E vou lavando, mas quando ela está calminha.*

*Assim, quando eu vejo que ele tá dormindo, deu uma trégua, aí tem alguma coisa pra fazer, aí eu ajudo. Por exemplo, depois do almoço, ele dormiu, porque geralmente essa hora ele dorme... eu fico sem lavar a louça quase sempre, mas quando ele dorme, aí eu vou e ajudo.*

A análise das verbalizações das participantes com relação ao eixo temático *cuidados do bebê em casa* destacou a presença de pessoas da família que auxiliavam as mães nos seus cuidados no ambiente domiciliar. Três categorias foram delineadas: *cuidados concentrados na mãe*, *participação do pai nos cuidados* e *auxílio de outros familiares*, não necessariamente excludentes, pois algumas mães descreveram mais de uma fonte de ajuda.

Os relatos de M2 e M3, respectivamente, evidenciaram que os cuidados do bebê após a alta do hospital concentravam-se na mãe: “Só eu cuido dele, praticamente” e “Não, todos (os cuidados). Tanto que eu tô só.”

A categoria *participação do pai nos cuidados* apontou para a variabilidade da participação paterna, conforme os relatos das mães. As descrições revelaram que alguns pais estiveram mais envolvidos nos cuidados e outros participavam menos em razão dos horários de trabalho, bem como do receio em pegar o bebê e proceder aos cuidados, tal como ilustrados pelos relatos de duas mães:

*Está sendo ótimo, às vezes eu durmo, ela manda eu dormir e ele vai tomar de conta. Eu só dou o peito e ele vai tomar de conta dela. Ele vai dormindo para o serviço, mas cuida. Às vezes eu levanto da cama e ele 'não, fica deitada que eu vou pegar ela', aí eu dou o peito, ele levanta e coloca ela no berço de novo, ele bota para arrotar. Tem que ajudar, tem que ser parceiro também (M7);*

*Ai é muito difícil, porque eu falo: 'segura o neném', tem medo. Não quer trocar uma fralda. Não é porque eu não quero deixar o serviço para ele, entendeu? É mais para ele interagir com o neném. Ai ele tem receio de pegar a criança e tal... Desde de pequeno ele não vai muito com criança, ele tem medo, sei lá. Eu até entendo, mas fico um pouco chateada. 'Pô! É o filho dele, ele tinha que tentar pelo menos!' (...) É, eu fico um pouco chateada, mas eu sei que ele gosta, se preocupa, sempre liga, pergunta se precisa de alguma coisa. Tá sempre envolvido, entendeu? (M2).*

Em dois casos, M5 e M8, os pais estiveram distantes do bebê e da mãe durante a fase hospitalar – em razão, respectivamente, de viagem por motivos de trabalho e desconhecimento da gestação e do nascimento do bebê – e estavam aproximando-se de seus filhos nesta etapa após a saída do hospital.

A categoria *auxílio de outros familiares* expressou a colaboração de pessoas da família, em especial a avó materna do bebê, nos cuidados com a criança, explicitada na fala de M7:

*Ah, está sendo bom, está sendo ótimo. Minha mãe está me ajudando também. Mais à noite, minha mãe, porque fica muito cansativo assim para mim. Aí minha mãe acorda comigo, cuida dela. (...) Está sendo bom porque minha mãe que dá banho, só cuida mesmo para me limpar, dar o peito, por enquanto é só isso.*

Os eixos temáticos *cuidado mais difícil e cuidado mais fácil* apresentaram diversidade de respostas para ambas as categorias de cuidados no âmbito domiciliar, conforme Tabela 5. Em *cuidado mais difícil*, as atividades mencionadas foram amamentação e banho. Por outro lado, em *cuidado mais fácil* houve um discreto predomínio de banho como o cuidado realizado com maior facilidade. Destacou-se também das análises os relatos de três mães que avaliaram que a realização de todos os cuidados eram fáceis naquele momento em que estavam em casa, indicando aumento da experiência e das habilidades maternas nos cuidados do bebê.

Tabela 5

*Cuidado mais difícil e cuidado mais fácil na 3ª etapa*

Participante	Mais Difícil	Mais Fácil
M1	Verificar Temperatura	Banho
M2	Amamentação	Banho
M3	Nenhum	Banho
M4	Banho	Amamentação
M5	Nenhum	Tudo
M6	Amamentação	Trocar
M7	Banho	Amamentação
M8	Banho	Tudo
M9	Verificar Temperatura	Tudo
M10	Amamentação	Banho

A análise do eixo temático *interação com o bebê* revelou predomínio nas verbalizações maternas de avaliações positivas da interação com o filho, descritas como mais intensas e de maior aproximação no convívio em casa. Destacou-se também das descrições sobre características da interação nesta etapa, a capacidade do bebê em responder à estimulação materna. Os relatos de M8



e M2, respectivamente, são ilustrativos: “Bastante. Agora entendo tudo dele. Ele reage bem quando eu converso com ele. Quando ele fica um pouquinho mais acordado de dia, ele fica olhando, quando coloco ele no canguru, ele fica olhando bastante. Estamos bem mais próximos”;

*É, agora tem uma ligação a mais agora, né? Porque ele tá começando a perceber mais as coisas. Ele ainda não é daquele que a gente brinca com ele e ele sorrir, então não tem tanto... mas ele já percebe quem é já tá com um pouquinho de manha. Então quando pega ele, fica quietinho. Tá. Antes só dormia, hoje me dia ele fica mais acordadinho. Ele fica observando as vozes. Então já tem uma interação a mais.*

O eixo temático *reflexões maternas na 3ª etapa*, apresentou duas categorias: *lembranças maternas da fase hospitalar* e *reflexões maternas sobre a experiência no MC*. Com relação às *lembranças maternas da fase hospitalar*, de forma geral, as participantes relataram lembranças boas com referência a sentimento de saudade das outras mães. As falas de M1, M4 e M8, respectivamente, exemplificam estas descrições: “Só minhas brincadeiras com as meninas. Eu não quero lembrar de coisa ruim não. Das meninas assim, eu lembro delas bastante, assim, do rostinho de cada um né. A gente fica bastante tempo juntas, né.”; “As madrugada quando eu tô dando mamá pra ela, eu lembro: ‘uma hora dessa eu estava no hospital arrastando o berço e menino no braço’ e fico lembrando meninas, gosto muito delas. Essa é a hora que eu lembro delas.” e “Eu até sinto saudades do hospital, comecei a sentir saudade do hospital, dos meninos assim, porque lá em casa eu fico mais sozinha (...) aqui a gente conversa com as meninas, aí lá em casa eu fico mais sozinha”.

A categoria *reflexões maternas sobre a experiência no MC*, foi representada por falas das mães que descreveram a reflexão sobre a experiência de hospitalização como uma experiência transformadora e as vivências de maternidade no contexto da prematuridade, conforme ilustram as verbalizações a seguir: “Sai sim. Com outra visão. Uma visão de que tem problemas maiores do que o meu. De que eu sou capaz. Essas coisas.” (M6),

*Amadureci muito, esses dias que eu fiquei mais aqui me apeguei mais com Deus. Eu mudei muito, muito, muito. A gente muda, nosso pensamento não é mais só na gente, é uma coisa totalmente diferente porque se eu não tivesse passado por isso acho que eu não seria uma mãe tão boa igual eu estou sendo para ele agora. Me fez crescer (M8);*

*Uma nova mulher. Ai, assim, antes, como é que eu vou te explicar, a mulher de antes para hoje é mais forte, mais cabeça, não pensa mais (...) eu não penso mais em mim, penso nela agora, entendeu. Mais forte, mais cabeça, mais mãe né. (...)Aumenta e, nossa, como aumenta. Cada coisinha que faz já é nossa, é outra coisa. Nossa, não tem coisa melhor. É muito bom ser mãe. Passei, mas valeu a pena, passaria por tudo de novo se fosse preciso (M4).*

Alguns relatos maternos mencionaram a hospitalização e o sofrimento do bebê como aspecto marcante, como a fala de M1:

*Ser mãe de bebê prematuro modificou, né, antes de ter mais um vamos pensar, né. Assusta um pouco. Assusta por causa dos riscos que o bebê corre, né. Não é o fato de tá aqui um mês, dois meses, três meses não, tô com saúde né. Mas ele, né. Porque ele sofre muito. Aí você vê aquelas manchas no rostinho. É furo no umbigo, né, e aí você sofre mais, porque você vê o bebê todo furadinho... Eu não queria mais essa experiência pelo fato da criança. Não a minha estadia aqui, que eu adorei. Minha estadia aqui tava muito boa.*

#### **4.1.4 Resultados de todas as etapas agrupadas.**

##### **4.1.4.1 Realização da Posição Canguru.**

Os dados sobre a realização da posição canguru foram expostos de forma comparativa entre as três fases – hospitalares e domiciliar – com base nos relatos maternos, conforme a Tabela 6. As denominações para a realização da posição canguru variaram de acordo com as características e as possibilidades em cada circunstância. Assim, na primeira etapa – fase da UTIN em que os bebês estão nas incubadoras e as mães têm acesso reduzido aos filhos –, os dados indicaram as mães que faziam a posição canguru naquele momento. Para a segunda etapa, fase na qual há aumento da prática canguru pois as mães estão com seus bebês na enfermaria, os dados foram analisados conforme a frequência de realização segundo seus relatos, que variou de *não fazer* a *fazer muito*. Os dados da terceira etapa foram descritos a partir da variação da realização da posição canguru em casa.

Em especial, ao analisar de forma comparativa a frequência de realização da posição canguru entre a 2ª e a 3ª etapas, foi possível observar que, de modo geral, as mães que realizavam pouco a posição canguru na fase hospitalar apresentaram tendência à redução ou interrupção da prática do MC no contexto domiciliar, isto é, os dados revelaram a importância da 2ª etapa do MC para a efetividade de realização após a alta hospitalar.

As verbalizações das participantes sobre a realização da posição canguru foram divididas em três eixos temáticos: *Posição Canguru na 1ª Etapa*, *Posição Canguru na 2ª Etapa* e *Posição Canguru na 3ª Etapa*.

Tabela 6

*Realização da posição canguru ao longo das três etapas*

Participante	1ª Etapa	2ª Etapa	3ª Etapa
M1	Não	Pouco	Não
M2	Não	Pouco	Redução
M3	Não	Pouco	Redução
M4	Iniciou	Muito	Continuidade
M5	Iniciou	Muito	Continuidade
M6	Não	Não	Não
M7	Iniciou	Pouco	Continuidade
M8	Não	Muito	Continuidade
M9	Não	Pouco	Não
M10	Não	Muito	Continuidade

O eixo temático *Posição Canguru na 1ª Etapa* expressou uma realidade frequente nessa fase do método em razão das condições clínicas dos recém-nascidos e do suporte técnico que necessitam para sua sobrevivência. Assim, muitas mães ainda não tinham iniciado a posição canguru naquele momento. Na ocasião da coleta de dados, três mães (M4, M5 e M7) tinham iniciado a posição canguru com seus filhos quando eles ainda estavam na UTIN. Seus relatos sobre a realização da posição canguru expressaram satisfação materna e tranquilidade para o bebê, tal como verbalizado por M4:

*É uma sensação boa, gostosa, que ela acalma, acho que ela sente aquele calor, sabe que é a mãe. Fica mais calma, tanto ela fica mais calma quanto eu fico mais calma. Meu Deus, que eu faço para ela calar a boca, não sei o que fazer, mãe de primeira viagem. Maravilhosa. Uma técnica inovadora mesmo, eu não conhecia e que é ótima.*

Quanto ao eixo temático *PC na 2ª Etapa* foi possível observar que praticamente todas as mães já o realizavam, à exceção de M6, com variação de frequência de pouco a muito, como mostra a Tabela 6. Algumas mães continuaram a praticá-lo e/ou aumentaram a frequência de tempo em relação à 1ª etapa, como relata M5:

*Ela viciou no canguru, e ela gosta, ela está dormindo em pezinha. É bom, ela fica me olhando assim com o olho... Ô, coisa boa. Quando ela vai para o quarto ela fica mais é canguru lá. Desde lá da UTI eu já fazia lá na UTI mesmo. Ela gostou tanto que agora ela quer ficar só assim. Ponho ela na cama e ela não quer ficar. Quando eu pego ela, ela fica quietinha. Até chamo ela de canguruzinha.*

Outras mães iniciaram realização da posição canguru nesta fase e mencionaram que a realizavam muito, como ilustra a fala de M8: “Aí a gente fez o canguru, coloquei ele deitadinho na minha barriga, aí ele foi e quietou. É. Agora só no canguru. Quero ver como é que vou fazer em casa”.

Outras mães, no momento da coleta de dados desta etapa, relataram que colocaram pouco seus bebês na posição canguru, como M9: “Às vezes eu faço depois do almoço, um pouquinho”. Destacaram-se destes relatos falas como a de M2, que disse fazer menos o MC com receio de deixar o “bebê manhoso” e M3 que afirmou realizar o MC com menos frequência por considerar não ter condições instrumentais que favorecessem essa prática na enfermaria:

*Ah! Eu faço, só não tô fazendo muito porque senão ele só quer ficar no colo. É, que ele fica apertado, ele fica tão tranquilo, né? Ai, coloco ele no berço e às vezes fica chorando. Eu tô vendo que ele já tá ficando manhoso (M2);*

*Eu não fiz mais, mas em casa eu vou fazer, porque eu fiquei com medo é da cama, sabe? Não tem, assim, coisa pra apoiar, tem dois, mas as meninas pegaram a almofada, né? Aí, em casa eu vou fazer, né? Porque tem toda, a cama é maior, tudo. Ali é bem estreito. Então em casa eu vou fazer (...) Eu fiz, mas eu não tirei a roupa dele. Só botei, assim, sem nada, mas não tirei totalmente a roupa dele. E também eu tava sem, tinha que cobrir, né? Como eu tinha só um lençolzinho, aí não tinha condição de fazer (M3).*

Em relação às verbalizações relativas a esta etapa hospitalar, no que tange aos sentimentos maternos ao realizar o MC, ficou evidente o predomínio acentuado de sentimentos positivos que expressaram satisfação e conexão com o bebê: “Sei lá... eu fico me sentindo mãe. Porque é estranho, sabe, ele fica na incubadora é como se a gente não tem ligação. Quando a gente tem o contato a gente tem o sentimento mais forte” (M2); “Ai, parece tipo que somos uma só, grudadas”(M4); “É tão bom. Uma coisa tão boa dentro de mim. É bom. Tenho uma felicidade enorme” (M9).

Destacaram-se também os relatos de algumas participantes que durante a realização da posição canguru expressaram lembrança da superação da fase de UTIN e da satisfação por estarem com o filho no colo, como ilustra a fala de M7:

*Para falar a verdade, eu pensei que minha filha não fosse sobreviver não. Quando eu vi ela, ali, pela primeira vez na UTI, cheguei a ver como ela está, (...) porque da situação em que ela estava para o que ela está hoje, só quem vê, viu e acredita porque eu não acreditava que ela ia sobreviver não. Os aparelhos no nariz para o que ela está hoje, sem nada. Graças a Deus, ela está super bem. Só de sentir ela, Ave Maria, é muito bom. Me impressiono com a vitória dela, é uma guerreira (M7).*

Para finalizar os dados sobre a *Posição Canguru na 2ª Etapa*, no aspecto pretensão de realizar o MC em casa, houve prevalência de respostas positivas (sete relatos), indicando expectativas de continuidade da prática no contexto domiciliar, como verbalizou M3: “aí em casa eu vou me sentir mais tranquila pra fazer”.

Com relação ao eixo temático *Posição Canguru na 3ª Etapa*, observou-se, de forma geral, o predomínio da realização da posição canguru após a alta hospitalar, conforme a Tabela 6. Cinco mães relataram continuidade da realização da posição canguru em casa, como ilustram as falas de M7 e M8, respectivamente: “Estou. Ela passou a noite no canguru comigo. É melhor. Você se sente mais à vontade, porque em casa não tem entra e sai de pessoa diferente. Você se sente mais à vontade em casa”; “Estou. Coloco os travesseiros, fico encostada na parede, coloco os travesseiros, coloco ele aqui. Só de fralda, dentro da minha roupa, ele fica bem calminho”.

Outros dois relatos deste eixo temático evidenciaram a redução da prática da posição canguru em casa, principalmente em razão de afazeres domésticos, como retrata a verbalização de M2:

*O canguru diminuiu e muito, eu quase não faço. Porque ele ainda tá pequeno, mas eu já noto que ele tem essa coisa de querer ficar no colo e ele já acorda de 3 em 3 horas, e às vezes eu tenho dificuldade até de fazer as coisas dele, então eu não faço tanto canguru por causa disso, se não o tempo fica totalmente para ele. Até para fazer, por exemplo, lavar a roupinha dele, passar a roupinha dele, fica sem tempo, então.*

Outros três relatos expressaram a não realização da posição canguru em casa, sendo que os casos de M1 e M9 representaram a interrupção dessa prática no contexto doméstico – à exceção de M6 que relatou a não realização desde a etapa hospitalar – com a justificativa de acúmulo de afazeres domésticos ou de desinteresse do bebê na posição canguru, como exemplifica a fala de M9:

*Ah, aqui ela não quer saber de canguru mais, não. Já tá ficando espertinha. Aí ela adorava o canguru. Aí, porque ela passava o maior tempo era dormindo, né? Agora aqui em casa, ela começa a ficar acordada, eu coloco ela no canguru, ela não quer nem saber mais, ela quer ficar vendo o movimento, assistindo televisão.*

Neste eixo temático observou-se também em quatro verbalizações maternas a participação de outras pessoas da família (como pai, avó e irmã do bebê) na realização da posição canguru, conforme exemplificou M5: “A J. (irmã) está, a J. coloca ela assim por cima dela assim, e ela fica, acha é bom. A bichinha dorme”.

#### 4.1.4.2 Amamentação.

O objetivo de prover a alimentação do bebê prematuro hospitalizado ao seio materno exclusivo é uma das metas das intervenções da equipe de saúde no contexto de prematuridade, em especial no MC. A amamentação no seio é também desejo, frequentemente, das mães de bebês prematuros. Porém em razão de diversas variáveis, para alcançar esse objetivo é necessário uma soma de esforços da equipe e da mãe, principalmente para superação dos desafios inerentes à amamentação no âmbito da prematuridade e da internação do bebê. Assim, para melhor compreensão dos dados, os resultados sobre amamentação e produção de leite das três fases do estudo foram agrupados.

Os resultados sobre amamentação demonstraram que oito mães, no início da internação na 1ª etapa, não realizavam estímulo para amamentação no seio materno, devido à internação que levava à inviabilidade para estimulação do bebê quanto ao reflexo de sugar. Naquele momento, a alimentação para os oito bebês era administrada através de sonda com leite materno ordenhado ou leite humano pasteurizado. A participante M8 estava em transição para a amamentação e M3 já amamentava o filho em seio materno exclusivo.

Na 2ª etapa, os resultados demonstraram mudança em relação ao aleitamento materno, quando cinco mães encontravam-se em transição para amamentação, isto é, estavam recebendo orientações e intervenções para auxiliar a amamentação, tais como: complemento de leite, estímulo à sucção, translactação, dentre outras. Quatro mães, nesta etapa, estavam alimentando seus filhos no seio materno exclusivamente. Uma mãe alimentava seu filho por meio do aleitamento materno somado a complementação de leite por meio de mamadeira, medida adotada pela equipe após inúmeras tentativas frustradas de transição efetiva da alimentação do bebê para o seio materno exclusivo.

Na 3ª etapa, a maioria das mães (seis) alimentava seus bebês por meio do aleitamento materno exclusivo. No entanto, quatro mães ainda tinham dificuldades com a amamentação ao seio materno. Por isso, três delas alimentavam seus filhos no seio utilizando outras formas de administração da dieta, como mamadeira, e uma mãe ainda estava em transição para lactação no seio materno, com acompanhamento no Banco de Leite Humano, conforme mostra a Tabela 7.

As verbalizações das participantes sobre aleitamento materno e produção de leite constituíram os eixos temáticos: *Amamentação na 1ª Etapa; Amamentação na 2ª Etapa e Amamentação na 3ª Etapa.*

Tabela 7

*Práticas de amamentação das participantes nas três etapas (N=10)*

Etapas	Práticas de Amamentação	N
	Sem estímulo para amamentação	8
1ª etapa	Transição para amamentação no seio materno	1
	Seio materno exclusivo	1
2ª etapa	Transição para amamentação no seio materno	5
	Seio materno exclusivo	4
	Seio materno + outras formas de dieta	1
3ª etapa	Transição para amamentação no seio materno	1
	Seio materno exclusivo	6
	Seio materno + outras formas de dieta	3

Ao analisar verbalizações sobre *Amamentação na 1ª Etapa* percebeu-se a ocorrência de preocupações com a produção e a ordenha de leite, principalmente em conseguir tirar a quantidade de leite que o bebê necessitava. Como a quantidade de cuidados que a mãe realiza nesta fase é menor, tirar leite para seu filho ganhava uma dimensão importante, como exemplificam as falas de M6 e M9:

*Já foi muito melhor porque nos dois primeiros dias (...) aí, a partir do momento que fiquei observando as outras mães acordando de três em três horas e eu ficava observando, porque será? Agora eu já sei porque eu estou acordando de três em três horas, inclusive até me perguntam de três horas da manhã você não precisa vim, porque tem leite aqui, mas eu faço questão que seja o meu leite, a gente começa com aquela coisa de superproteção, né, tem que ser o meu, então estou acordando; Não tá muito boa não... Tá saindo bem pouquinho... O máximo que eu consigo é, às vezes, dois, quatro, cinco ml... oito... É, tem dia que tem pouquinho mais, tem dia que tem menos (...). Às vezes eu fico sem tirar a noite toda, pra ver se na manhã já rende mais um pouquinho. (...) acho que quando ela conseguir, quando ela começar a pegar, mamá aqui, acho que vai receber mais.*

Outra característica desta etapa é a doação de leite materno, quando as mães são estimuladas a ordenharem leite para seus bebês e o excesso é doado ao banco de leite humano para ser pasteurizado. Esta orientação de ordenhar leite contribui para a manutenção da produção de leite ao longo do período de separação entre mãe e bebê, como observado nas falas de M6, M7 e M8, respectivamente: “Muito boa, muito boa (a produção de leite), inclusive estou até doando leite porque está produzindo muito senão eu não consigo dormir nem descansar por causa das dores”;

“Outro dia tirei um pote cheinho. Só num dia”; “Está saindo bastante. Se a Itambé souber que eu estou aqui eles vão me contratar porque está saindo bastante leite”.

As falas das mães no eixo temático *Amamentação na 2ª Etapa* foram marcadas pela preocupação e expectativa quanto ao bebê mamar no seio materno, pois nesta fase inicia ou intensifica a estimulação do bebê para o aleitamento. Com o objetivo de alcançar o aleitamento materno exclusivo são utilizadas técnicas de estimulação à sucção, auxílio na administração da dieta complementar por meio de copinho ou sonda e a translactação. Esta transição para amamentação no seio materno exclusivo é presente nas falas de M7, M4 e M8, assim como os sentimentos de insegurança inicial e de realização ao conseguir realizar a amamentação: “É maravilhoso sentir ela sugar”;

*Minha filha vai ficar só mamando no peito, vai tirar o copinho, já é uma vitória para a gente, sem complemento, entendeu. É uma das coisas mais marcantes para mim, porque todo dia não vejo a hora, estava com a sonda, tirou a sonda, diminuiu a dietinha, está no peito. Aí estava no copinho com 10 ml, aí assim, vai indo, amanhã mesmo já vai tirar o copinho dela, então assim, já é uma vitória, ficar só no peito. Aí ela vai ter peito a hora que ela quiser, esfomeada do jeito que ela é (...) porque para mim é a melhor coisa que tem é poder amamentar ela, entendeu, deixar quantas vezes quiser. Porque a gente é vida, a gente é sangue. Quantas mães querem amamentar e não pode;*

*Aí no dia em que ele foi para o quarto é que tiraram o complemento, aí eu ficava naquela “ai, meu Deus, vou dar o peito”. Eu tive medo de dar o peito porque todo mundo falava ‘nossa, dói tanto que ...’ eu tive medo de dar o peito e ele começava a chorar, aí eu dava mas ficava naquele receio. Aí quando ele pegar eu tirava, aí eu não, ele vai ter que mamar de qualquer jeito, aí eu fui e deixei. Quando eles pegam dá tipo uma dorzinha, mas é tão rápida, né, não é aquela dor que todo mundo fala não. Passou, agora é tão bom cuidar.*

Outro aspecto que se destacou neste tema foram os relatos de sentimentos de angústia diante da dificuldade do bebê em mamar no seio, por apresentar sonolência ou outras reações, como nas verbalizações de M6, M1 e M9, respectivamente: “Não, ela até está pegando porque ela dorme demais, ela é muito sonolenta, então até ela acordar, tem que aproveitar os momentos em que ela está de olho aberto para colocar o peito lá”;

*O problema é a preguiçinha dele. Dorme mais que (...) Não, não, é preguiçinha mesmo. Sono. Muito sono. Que elas chegam a colocar ele em cima da mesa, tira a roupa, tenta né. Eu mesma em casa ia ficar desesperada aqui porque...Porque ele não sabe o que fazer;*



*Aí eu vou tentar de novo dando o copinho, às vezes ela está dormindo aí eu tenho de acordar ela, aí ela aceitou direitinho. Aí eu vou no próximo horário se não aceitar direitinho. Tem que colocar sonda de novo até ela aceitar. Espero que aceite.*

Ao mesmo tempo em que esta etapa é marcada pela estimulação ao aleitamento materno, é caracterizada também pela ansiedade materna diante das dificuldades com a amamentação, que, como vimos anteriormente, torna-se um dos critérios para a alta hospitalar. O tempo que cada díade leva para efetividade do aleitamento é variável e depende de diversas variáveis. Assim, para algumas mães a amamentação pode demorar a se viabilizar, tornando-se uma situação estressora pois, muitas vezes, a sua não ocorrência é percebida como justificativa para manter as mães no hospital, como exemplifica a fala de M6:

*Às vezes, eu até questiono a condição do hospital 'será que é isso mesmo? Será que eles não estão muito equivocados de prender a gente?', porque a gente se sente enclausurada nesse hospital. Eu até fico comentando com as meninas 'gente acho que outro pediatra de um outro hospital não ia achar isso certo, da gente ficar preso aqui por conta da amamentação' até porque e as outras mães, as mães que não podem ter leite, como que eles fazem? Ficar presa aqui neste hospital, então a gente vai chegando num estado de estresse muito grande.*

Para M10, as dificuldades com o aleitamento tornou-se uma situação estressora, marcada pela frustração por não ter conseguido que o bebê sugasse o seio de forma efetiva. Após diversas tentativas de promover o aleitamento, foi prescrita a mamadeira para este bebê em especial, como mostra o trecho de sua fala:

*Tiro o leite, ponho na chuquinha e dou para ela, amanhã a médica quando me der alta disse que iria prescrever algum leite para eu dar para ela, no caso eu iria continuar tentando dar mamar para ela. Não forçando, né, porque forçar muito por isso que ela ficou com trauma do peito, é só chegar o peito perto dela que ela chora.*

No eixo temático *Amamentação na 3ª Etapa*, as falas expressaram a realização ao conseguir amamentar seus filhos prematuros, e como a experiência e as orientações no hospital sobre aleitamento contribuíram para esse sucesso, como por exemplo, verbalizou M8:

*É. Não teria insistido tanto porque no começo me deu um pouquinho de trabalho, quando eles nascem já vão direto para o peito aí é bem mais rápido. Mas quando ele nasceu tive que fazer massagem, dedinho na boquinha dele, era mais difícil de ele pegar o peito, teve que ficar na sonda. Aí foi bem difícil, eu fiquei com aquela vontade, não, eu vou dar o peito para ele mesmo que doa. Aí agora não, se tivesse*

*sido normalzinho, se não tivesse passado por isso, acho que não teria insistido tanto. Teria dado, com certeza, mas não teria insistido tanto.*

Nesta etapa permaneceram alguns discursos sobre as dificuldades na transição para o aleitamento materno, conforme M6 e M1: “porque ela briga muito, ainda está brigando muito para pegar o peito e aquela coisa quando está com fome, sabe, conciliar a respiração, choro e mamada. Então, assim, a paciência que a gente tem que ter”;

*Ele mama a hora que quer, o dia que quer. Ontem mesmo ele não quis... Então, o leite diminuiu bastante, né. Inclusive eu tô tomando remédio (...). Na chuquinha. Começou com 30 ml, já tá com 80 ml, que a fome dele é muito...muita fome . E eu vou só aumentando porque ele grita, sabe. E aí você percebe que ele quer mais.*

Com relação à produção de leite, de forma geral, todas as participantes descreveram boa produção ao longo das três etapas. Foram encontrados relatos de três participantes, M1, M9 e M10, que referiram a percepção de redução de produção de leite ao longo das três fases de coleta de dados. A seguir foram apresentados exemplos de falas para ilustrar as dificuldades em cada etapa quanto à produção de leite:

*Ele mama a hora que quer, o dia que quer. Ontem mesmo ele não quis... Então, o leite diminuiu bastante, né. Inclusive eu tô tomando remédio. E ele mama ainda. Aí eu tiro né...porque o leite é importante , né ?E aí ele tá tomando o complemento na chuquinha começou com 30 ml, já tá com 80 ml, que fome dele é muita, muita fome. E eu vou só aumentando porque ele grita, sabe. E aí você percebe que ele quer mais*  
(M1)

*Não tá muito boa não... Tá saindo bem pouquinho... O máximo que eu consigo é, às vezes, dois, quatro, cinco ml... oito... É... tem dia que tem pouquinho mais, tem dia que tem menos... É... às vezes eu fico sem tirar a noite toda, pra ver se na manhã já rende mais um pouquinho* (M9);

*Não está assim tão boa não, tenho pouco leite; desde o começo não tive muito leite não. Às vezes tirei 15, às vezes tirei 10 (ml), assim, variado. Agora eu não sei quando ela está mamando, se ela está mamando direitinho, se está sugando bem. Porque eu não tenho muito leite, né. A minha preocupação maior é porque estou aqui. Quando estava indo em casa, quando ela estava na UTI, ainda, quando ia em casa, voltava com os peitos cheios, duros, cheios de leite aí eu tirava tudo. Agora, aqui eu não sei o porquê que o leite sumiu* (M10);

#### 4.1.4.3 Apoio social.

O eixo temático *Apoio Social ao longo do MC* descreve as fontes de apoio que as mães relataram nas três etapas. As verbalizações das participantes sobre este eixo foram agrupadas de acordo com as fontes de apoio originárias das descrições em resposta ao questionamento sobre o suporte percebido em cada etapa, conforme dados da Tabela 8. Observou-se que algumas participantes relataram mais de uma fonte de apoio, por esta razão a tabela apresenta a frequência de cada fonte de apoio com base nos relatos das participantes. Os relatos de apoio social estiveram relacionados à participação de pessoas significativas no cotidiano das experiências ao longo do MC, tanto de forma presencial quanto à distância, por meio de telefonemas. Nos relatos foram encontrados descrições de apoios emocionais e operacionais (prover auxílio na execução de cuidados do bebê e/ou tarefas domésticas).

De forma geral, as participantes apontaram, em todas as fases, as principais fontes de apoio os membros da família, em especial o pai e a avó materna do bebê. Com relação ao apoio durante as fases hospitalares, as mães relataram que recebiam apoio mediante visitas e telefonemas. Ainda sobre as etapas hospitalares, as respondentes também apontaram como fonte de apoio as outras mães que vivenciavam a mesma situação. A equipe de saúde ou profissionais específicos estiveram presentes nos relatos de apoio na 1ª etapa do estudo.

Tabela 8

*Fontes de apoio relatadas pelas participantes nas três etapas do MC*

Etapas	Fontes de apoio	N
1ª etapa	Pai	9
	Avó materna	6
	Outros membros da família	9
	Amigos	2
	Outras mães internadas	3
	Equipe	3
2ª etapa	Pai	9
	Avó materna	6
	Outros membros da família	8
	Amigos	1
	Outras mães internadas	4
3ª Etapa	Pai	9
	Avó materna	7
	Outros membros da família	9
	Amigos	2

Os relatos sobre o apoio paterno, de modo geral, foram descritos de forma conjunta com a participação dos pais tanto no contexto hospitalar, quanto na residência, incluindo os cuidados do bebê. Foram selecionados ainda exemplos de outras fontes de apoio apontadas pelas mães para ilustrar esse eixo temático. A seguir serão apresentados alguns relatos desse eixo para exemplificar as descrições das participantes, começando pela 1ª etapa com a fala de M4:

*É que querendo ou não a gente acaba fazendo amizade, né, Outras mães que estão passando e o bom disso é que a gente acaba vendo as mães ali, iguais, piores, melhores, entendeu, uma vai dando força para a outra. Você acaba criando uma amizade forte ali dentro que lá fora quando sai essa amizade continua lá fora. Então, assim, acaba que fiz muitas amizades aqui, não só com outras mães como médicos também, com as enfermeiras, assim, boa. É uma base ali por mais que você já tenha seu alicerce, mais uma outra por cima para te dar apoio, mais força.*

Exemplos de descrição de apoio na 2ª e 3ª etapas serão apresentados, respectivamente, a seguir:

*Minha mãe, minhas irmãs, irmã mais velha, principalmente. Meus irmãos, minhas cunhadas ... Mais a minha irmã. Tem uma amiga minha também que liga todo dia, do meu serviço, todo dia ela liga... Ela pergunta quantos quilos, se ela está bem. O pessoal do serviço também, até o meu chefe veio. Foi no feriado na quinta-feira. Ele veio, é corregedor do Ministério. Veio e viu ela. Foi lá na UTI vê ela lá. É, o serviço, nossa, o pessoal liga, o pessoal lá do meu serviço (M5);*

“Pois é, por enquanto a minha família mora tudo longe. Só tem uma tia minha e uma parente dele, né. Uma irmã dele que mora do lado. Sabe? É, não é muito, porque ela trabalha, não sei o quê, mas quando ela pode, ela vai” (M3).

## **4.2 Resultados Quantitativos**

A apresentação dos resultados quantitativos do estudo foi disposta inicialmente dos dados referentes ao instrumento de autoeficácia, em seguida os dados sobre enfrentamento e, por último, análises comparativas de ambos os instrumentos ao longo das três etapas de análise.

### **4.2.1 Autoeficácia.**

Os escores de cada participante, assim como as médias e os desvios padrão dos 10 casos, referentes à aplicação do PMP S-E, instrumento de avaliação de autoeficácia materna percebida, nas três etapas estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9

*Escores das participantes nos três momentos de aplicação da PMP S-E, escores médios e desvios-padrão nas três etapas*

Participante	1ª Etapa	2ª Etapa	3ª Etapa
M1	2,50	3,30	3,40
M2	1,90	2,95	3,55
M3	3,30	3,45	3,70
M4	3,00	3,40	3,80
M5	2,90	2,90	3,50
M6	3,05	2,90	3,20
M7	3,05	2,95	3,00
M8	3,00	3,25	3,65
M9	2,95	3,10	3,75
M10	3,10	3,10	3,40
Escore médio (DP)	2,87 (0,39)	3,13 (0,21)	3,49 (0,25)

Nota: Escores variam de 1 a 4

O primeiro momento de aplicação da escala mostrou a variação dos escores entre as participantes, sendo o menor deles 1,90 e o maior 3,30. Estes dados evidenciaram que na 1ª etapa algumas participantes apresentaram reduzida percepção de autoeficácia em comparação a outras mães, que obtiveram escores maiores já nesta etapa. Esta variabilidade de respostas justifica o desvio padrão mais elevado para este momento de avaliação de autoeficácia, conforme Tabela 9.

Os resultados de autoeficácia da 2ª etapa, de forma geral demonstraram aumento em relação aos índices do momento anterior e a variação foi de 2,95 e a 3,45. Nesta fase do MC as mães já estavam realizando os cuidados do bebê, o que pode explicar o aumento da percepção de autoeficácia materna. Além disso, outros aspectos da comparação entre as duas primeiras etapas se destacaram, como a manutenção dos mesmos escores (casos de M5 e M10) e pequena redução de valores no segundo momento em relação aos escores da primeira etapa (casos de M6 e M7).

Com relação aos escores da 3ª etapa, verificou-se também um aumento em relação ao momento anterior e o intervalo de variação das médias das participantes foi de 3,00 a 3,80, bastante elevados. De forma geral, as participantes aumentaram seus escores em relação à 2ª etapa, o que significa aquisição de maior percepção de autoeficácia no contexto domiciliar em comparação com a fase hospitalar.

A análise dos dados dos escores individuais permitiu concluir que, de forma geral, todas as participantes aumentaram gradativamente entre uma etapa e outra, exceto M7. A participante que mais aumentou os índices de autoeficácia percebida em comparação a si mesma desde o primeiro momento

de coleta foi M2, que passou de 1,90 para 2,95 para finalmente atingir 3,55. Estes dados evidenciaram que M2 apresentou importante ganho de autoeficácia em relação aos cuidados e à interação com seu filho. Já a participante que apresentou menor variação de autoeficácia desde a primeira etapa foi M7, que praticamente manteve os mesmos escores ao longo das três fases. Contudo, esta participante obteve escores que expressarem boa autoeficácia desde a primeira etapa.

Ao observar, na Tabela 9, as médias do grupo em cada etapa, foi possível também constatar o aumento progressivo da variável autoeficácia, indicando que as participantes desse estudo apresentaram aquisição de autoeficácia ao longo das etapas do MC.

#### 4.2.2 Enfrentamento.

Os resultados da aplicação da escala EMEP, com os escores individuais em cada etapa, assim como as médias e desvio padrão de cada fase, foram organizados por fator do instrumento. A apresentação dos resultados foi ordenada com base em cada fator: focalização no problema, focalização na emoção, busca por suporte social e busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso.

Tabela 10

*Escores das participantes nos três momentos da aplicação da EMEP no fator focalização no problema com escores médios e desvios-padrão*

Participante	1ª Etapa	2ª Etapa	3ª Etapa
M1	3,56	4,33	4,33
M2	2,50	3,22	2,67
M3	4,00	4,78	4,50
M4	4,39	4,50	4,89
M5	4,67	4,28	4,44
M6	4,06	4,06	4,06
M7	3,67	4,44	4,11
M8	3,56	4,06	3,11
M9	4,56	4,00	4,67
M10	4,44	4,39	4,28
Escore médio (DP)	3,94(0,65)	4,20(0,42)	4,10(0,69)

Nota: Escores variam de 1 a 5

Com relação aos dados de enfrentamento focalizado no problema, apresentados na Tabela 10, pode-se dizer que foi uma estratégia de *coping* bastante utilizada nas três etapas do estudo pelas participantes, pois seus escores, de forma geral, foram elevados, exceto para M2, em especial nas etapas 1ª e 3ª. Neste sentido, a Tabela 10 mostra também os elevados escores das médias para enfrentamento focalizado no problema da amostra de mães ao longo das três fases de coleta de

dados. Além disso, a Tabela 10 evidencia que o valor das médias de cada etapa foram muito próximos, respectivamente: 3,93; 4,20 e 4,10.

Apesar dos escores elevados para esta estratégia de *coping*, a análise dos valores obtidos pelas mães nas três etapas possibilitou identificar a diversidade de padrões de resposta para esta estratégia de enfrentamento, tanto dentro de cada etapa (como demonstram os desvios padrão), quanto na análise dos índices individuais das participantes (Tabela 10). Dessa forma, algumas respondentes apresentaram queda de escores na 2ª etapa em comparação com a 1ª ou queda entre a 2ª e a 3ª etapas. Contudo estas oscilações de escores entre uma etapa e outra não foram muito destoantes, como observado em M5, sendo possível concluir que esta foi uma estratégia bastante utilizada, porém não pode ser observado crescimento nítido dos escores, à exceção de M4.

A participante que apresentou maior crescimento e consistência nos escores para a estratégia de *coping* focalização no problema foi M4. Já a participante M6 foi a que apresentou maior estabilidade ao longo do estudo, pois obteve os mesmos escores para as três etapas. A mãe que obteve menores valores de estratégia de enfrentamento focalizado no problema, ao longo das três fases, foi M2, visto que em cada etapa a sua pontuação foi menor em relação à média do grupo de mães, conforme os dados da Tabela 10. Considerando que as estratégias de *coping* focalizadas no problema representam estratégias de enfrentamento mais adaptativas, M2 parece ser a mãe, da amostra estudada, com mais dificuldades de adaptação aos estressores do contexto.

Tabela 11

*Escores das participantes nos três momentos da aplicação da EMEP no fator focalização na emoção, com escores médios e desvios-padrão*

Participante	1ª Etapa	2ª Etapa	3ª Etapa
M1	1,27	1,53	1,27
M2	2,13	1,80	1,13
M3	1,87	1,33	1,27
M4	2,53	2,53	2,53
M5	1,47	1,40	1,33
M6	2,20	2,33	2,00
M7	3,67	3,13	2,93
M8	2,27	2,40	3,27
M9	1,73	2,20	1,67
M10	2,60	2,93	2,47
Escore médio (DP)	2,17 (0,68)	2,16 (0,63)	1,99 (0,77)

Nota: Escores variam de 1 a 5

A Tabela 11 apresenta os dados dos três momentos da aplicação da EMEP para o fator focalização na emoção. Notou-se que M4 apresentou manutenção dos escores ao longo das fases do estudo. Outra análise dos dados da Tabela 11 permitiu perceber que quatro participantes (M2, M3,

M5 e M7) apresentaram valores decrescentes nos escores desta estratégia de enfrentamento ao longo das três etapas. Isto significa que estas participantes foram diminuindo ao longo do estudo a utilização de estratégias focalizadas na emoção, um conjunto de estratégias de *coping* menos adaptativas, muitas vezes associadas a dificuldades de ajustamento a situações estressoras.

Esta estratégia de enfrentamento foi a que apresentou menor média em relação às demais modalidades de enfrentamento, tanto para cada fase, quanto em comparação às três etapas. Isto significou que enfrentamento focalizado na emoção foi a estratégia menos utilizada pelas participantes deste estudo, indicando que apesar das adversidades em cada etapa, as participantes se empenharam em utilizar estratégias mais adaptativas.

Tabela 12

*Escores das participantes nos três momentos da aplicação da EMEP no fator busca por suporte social com escores médios e desvios-padrão*

Participante	1ª Etapa	2ª Etapa	3ª Etapa
M1	4,00	4,20	4,40
M2	3,20	2,20	2,40
M3	2,80	3,80	4,40
M4	2,60	2,40	3,40
M5	3,80	3,40	3,40
M6	3,60	3,60	3,40
M7	3,20	3,00	3,40
M8	2,40	4,20	2,60
M9	3,40	3,60	3,00
M10	3,20	3,80	4,00
Score médio (DP)	3,22 (0,51)	3,42 (0,69)	3,44 (0,68)

Nota: Escores variam de 1 a 5

A análise da aplicação da EMEP para o fator busca por suporte social, demonstrou, conforme a Tabela 12, que esta foi uma estratégia de enfrentamento bastante utilizada pelas participantes do estudo, tanto em comparação aos escores individuais ao longo das três fases, quanto comparando a média do grupo. Outros dados que chamaram a atenção na Tabela 12 foi o aumento progressivo dos escores deste fator ao longo das três etapas para as participantes M1, M3 e M10, fato que indica que esta estratégia se fortaleceu ao longo do tempo. Este aumento progressivo também foi encontrado na avaliação das médias do grupo com relação às etapas do estudo. Também foi destaque que algumas mães (M5, M6 e M7) mantiveram aproximadamente o mesmo índice no decorrer do estudo e outras (M2 e M4) apresentaram escores abaixo da média do grupo nesse fator.



Tabela 13

*Escores das participantes nos três momentos da aplicação da EMEP no fator busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso com escores médios e desvios-padrão*

Participante	1ª Etapa	2ª Etapa	3ª Etapa
M1	3,86	4,14	4,29
M2	2,71	2,43	2,29
M3	4,00	4,43	3,71
M4	4,29	4,29	4,43
M5	3,71	3,00	4,14
M6	3,00	3,86	3,43
M7	4,86	5,00	5,00
M8	3,71	3,86	4,14
M9	4,43	4,86	4,71
M10	4,71	4,71	4,71
Escore médio (DP)	3,93(0,69)	4,05(0,82)	4,08(0,79)

Nota: Escores variam de 1 a 5

Com relação aos escores da EMEP para o fator busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, notou-se uma prevalência desta estratégia de enfrentamento entre as participantes, conforme a Tabela 13, e que este índice se manteve elevado ao longo das três fases de análise. A participante que mais destoou do grupo para este aspecto foi M2, que apresentou índices significativamente menores quando comparados à média do grupo (Tabela 13), e estes escores ainda apresentaram redução gradativa ao longo das etapas. Estas informações sobre os resultados de M2, evidenciaram que esta mãe utilizou menos essa estratégia de enfrentamento em relação às demais participantes.

A Tabela 14 apresenta os resultados do teste não paramétrico *T de Wilcoxon* referentes aos escores médios dos instrumentos de autoeficácia e estratégias de enfrentamento, comparando-se a 1ª etapa com a 2ª, a 2ª etapa com a 3ª e, por fim, a 1ª com a 3ª etapa. Verificou-se que a diferença dos escores médios da variável autoeficácia, nas três análises realizadas, foi estatisticamente significativa. Essa tendência não foi observada nos quatro fatores da EMEP, cujas diferenças de escores médios não alcançaram significância estatística nos três momentos considerados.

Tabela 14

*Amostras pareadas, diferença das médias, valores do teste não paramétrico T de Wilcoxon e nível de significância das variáveis autoeficácia e estratégias de enfrentamento (N=10)*

Variável	Pares	Diferença das Médias	T de Wilcoxon	p
Autoeficácia	1ª etapa – 2ª etapa	-0,26	-1,970	0,49*
	2ª etapa – 3ª etapa	- 0,36	-2,809	0,004**
	1ª etapa – 3ª etapa	-0,62	-2,703	0,007**
Focalização no problema	1ª etapa – 2ª etapa	-0,27	-1,605	0,108
	2ª etapa – 3ª etapa	0,10	-0,560	0,575
	1ª etapa – 3ª etapa	-0,17	-1,247	0,212
Focalização na emoção	1ª etapa – 2ª etapa	0,13	-0,119	0,905
	2ª etapa – 3ª etapa	0,17	-1,601	0,109
	1ª etapa – 3ª etapa	0,18	-1,474	0,141
Busca por suporte social	1ª etapa – 2ª etapa	-0,20	-0,598	0,550
	2ª etapa – 3ª etapa	-0,02	-0,538	0,590
	1ª etapa – 3ª etapa	-0,22	-0,770	0,441
Busca de práticas religiosas/pens. fantasioso	1ª etapa – 2ª etapa	-0,13	-1,054	0,292
	2ª etapa – 3ª etapa	-0,03	0,000	1,000
	1ª etapa – 3ª etapa	-0,15	-1,450	0,147

\*  $p = 0,05$     \*\*  $p = 0,01$     \*\*\*  $p = 0,001$

## Capítulo V

### Discussão

Com base nos resultados expostos e nas características das participantes, esse capítulo discute os aspectos que mais chamaram atenção nos dados qualitativos e quantitativos das três etapas, tendo em vista os objetivos da pesquisa.

De forma geral, os resultados das análises qualitativas e quantitativas foram consoantes e compatíveis entre si, de modo que as informações se complementaram, tanto no âmbito individual, quanto em termos do grupo de participantes.

#### 5.1 Perfil das Participantes

Percebeu-se a existência de características homogêneas da amostra: a maioria das mulheres residia no Distrito Federal, trabalhava e era primípara. Contudo, também chamou a atenção a variabilidade de características das mães, tendo em vista os dados gestacionais e familiares: algumas mulheres não planejaram a gestação, outras tiveram filhos prematuros anteriormente, algumas não residiam com os pais dos bebês, alguns pais não participaram da etapa hospitalar, um pai não soube da gestação, algumas mães vivenciavam conflitos familiares, dentre outras.

Esses dados reforçam que a maternidade não é uma experiência igual para todas as mulheres, nem para a própria mulher em relação à sua história de vida, uma vez que cada vivência de maternidade parece ser experienciada de forma diferente. Diante disso, os profissionais devem estar atentos para não generalizar uma determinada concepção de maternidade, assim como, não esperar que todas as mães tenham os mesmos desejos e comprometerimentos com o bebê e seus cuidados. Outro aspecto de destaque é que, apesar do predomínio da presença paterna nos relatos das mães do estudo, a participação do pai não é regra, o que reporta para o cuidado de não idealizar a figura paterna, como destacaram Vêras e Traverso-Yépez (2010).

A literatura evidencia a diversidade de expressões de parentalidade – em especial de maternidade –, presentes nesse estudo, mas também na realidade cotidiana dos serviços de assistência materno-infantil. Diante destes achados, torna-se importante que a equipe de saúde tenha uma visão ampla e contextualizada de maternidade, evitando, como ressaltaram Moreira et al. (2009), que no âmbito do MC seja imposto às mães uma única forma de exercício da maternidade, baseada em um modelo idealizado. Portanto, ressalta-se a relevância quanto a ampliar e contextualizar as concepções sobre relação mãe-bebê e de família diante da diversidade de aspectos que envolvem a parentalidade no mundo atual, de forma a adaptar o MC a diferentes contextos, o

que poderia facilitar a adesão das mulheres ao método e ampliar a eficácia das intervenções técnicas da equipe.

## 5.2 Aspectos Psicossociais e Maternidade

A análise dos relatos sobre a vivência da maternidade na fase hospitalar evidenciou a relação entre a percepção de tornar-se mãe e estar com o bebê realizando os seus cuidados. É nítida a mudança nos discursos maternos da 1ª para a 2ª etapa: quando o recém-nascido estava internado longe da mãe os relatos descreviam vivências de maternidade incompletas; já com a convivência com o bebê na enfermaria predominou a descrição de sentimentos de plenitude no exercício da maternidade. Também chamou a atenção, nos discursos da 1ª etapa, que algumas mães possuíam impressões de serem pouco necessárias aos filhos, uma vez que os cuidados estavam centrados na equipe, aspecto também descrito por Braga e Morsh (2006).

Diante disto, é possível concluir que a interação com o bebê tem papel importante na construção da maternidade, comprovando-se a relevância do MC ao proporcionar à mãe o contato precoce e a participação nos cuidados do neonato, favorecendo o estabelecimento do vínculo afetivo com o bebê, conforme também destacam outros autores (Darvin et al., 2009; Johnson, 2007; Tallandini & Scalembra, 2006). Evidenciou-se que as participantes saíram do hospital revelando intimidade, segurança e vinculação com o bebê, características que indicaram a importância, o alcance e a relevância das ações da equipe de neonatologia ao favorecer relações mãe-bebê mais saudáveis e adaptativas. Dessa forma, o contato com o neonato e a participação em seus cuidados de forma precoce constituem-se fatores imprescindíveis para as relações futuras entre mãe-bebê, bem como para o desenvolvimento da parentalidade plena e saudável no contexto da prematuridade.

Ainda com relação à vivência da maternidade, a leitura de relatos das participantes na última etapa da coleta de dados expressou a visão materna de que a experiência de ter um filho prematuro – que esteve hospitalizado – foi transformadora pois possibilitou à mãe tornar-se uma mulher mais forte e mais madura, ou seja, essa experiência parece ter proporcionado crescimento pessoal. Este aspecto merece destaque, pois demonstra como essa modalidade de assistência – em que a mãe tem papel ativo de forma precoce com seu filho –, contribui para um desfecho positivo da hospitalização, de forma a transformar a crise do nascimento prematuro em possibilidade de aprimoramento pessoal. De forma semelhante, o estudo de Lamy et al. (2011), sobre os contrastes da construção do papel materno por mães de bebês prematuros internados em maternidades que adotavam o modelo tradicional de assistência neonatal em comparação com maternidades onde a metodologia canguru era aplicada, verificou que as unidades que empregavam o MC possibilitaram a construção da autoimagem materna a partir das experiências decorrentes do contato pele a pele e a participação nos cuidados do bebê.

Os escores obtidos na escala de enfrentamento apontaram a busca de apoio social como um recurso muito utilizado pelas participantes nas três etapas, informações que vieram ao encontro de suas falas sobre esse tema. A observação das fontes de apoio social descritas pelas participantes apontou para a relevância da família, em especial o pai e a avó materna do neonato, como fontes de apoio relevante. Outro aspecto de destaque dos discursos maternos da 2ª etapa foi a expectativa positiva de algumas participantes em realizar os cuidados do bebê em casa com o auxílio de familiares, fato que posteriormente foi confirmado na 3ª etapa, com a descrição da importância do auxílio da família nos cuidados do bebê e em relação aos afazeres domésticos.

A teoria de Bandura (1977) destacou que a percepção de autoeficácia é influenciada pelo suporte social e por *feedbacks* positivos a respeito de determinado desempenho. O estudo de Leahy-Warren e McCarthy (2010) sobre autoeficácia materna apontou para a importância do apoio social, sobretudo originários do companheiro e da mãe da puérpera, para a aquisição de autoeficácia, isto é, essa percepção pode se fortalecer com o encorajamento de pessoas significativas e de profissionais de saúde.

Diante do exposto sobre apoio social e os destaques da literatura acerca da relevância deste aspecto para a efetividade do MC (Araújo et al., 2010; Borck & Santos, 2010), foi possível constatar a importância para a equipe de saúde conhecer as fontes de apoio no contexto do MC, pois significa a possibilidade de estabelecer parceria da equipe com a família para a superação de determinadas dificuldades maternas. A seguir serão discutidos de forma mais detalhada alguns aspectos de apoio social, como o papel do pai, da avó materna e das outras mães.

Um aspecto de destaque das análises desta etapa sobre a participação paterna foi, que apesar do predomínio da presença do pai no ambiente hospitalar, há a prevalência de verbalizações que descrevem a interação do neonato com o genitor como marcada por receio e insegurança. Esta informação se soma aos relatos sobre a realização do método canguru na 2ª etapa, em que o pai não realizava a posição canguru pelas mesmas justificativas, ou seja, os pais podem não se perceber como participantes dos cuidados em razão de uma visão com viés de gênero ou porque eles não são suficientemente estimulados no ambiente hospitalar a estarem mais envolvidos nos cuidados de seu filho, aspecto também apontado por Charpark e Ruiz-Peláez (2006). Na etapa domiciliar alguns pais apareceram mais envolvidos com os cuidados dos filhos, compartilhando-os com a mãe; no entanto, ainda persistiram relatos de receio e insegurança paterna nesta etapa. Diante do exposto, e das premissas de participação paterna nos cuidados conforme a política pública brasileira (Brasil, 2011), é importante fortalecer a participação paterna através de ações que possibilitem a maior atuação do pai nos cuidados como o recém-nascido, por meio de treinamento nos cuidados e na execução da posição canguru, desde as fases hospitalares. Essas condutas podem permitir maior segurança e intimidade com o filho.

As falas das participantes apontaram para o papel relevante da avó materna do bebê como fonte de apoio social importante para a mãe e auxílio nos cuidados do neto em casa. O papel da avó

é, muitas vezes, de modelo ou de influência para a mãe quanto ao seu repertório comportamental de cuidados parentais. Esta relação demonstra a transgeracionalidade das relações familiares no que tange à forma como as mulheres tradicional e culturalmente estão envolvidas no contexto de cuidados de bebês.

Assim como a maternidade é um aspecto importante do desenvolvimento da adultez feminina (Rothrauff & Cooney, 2008), tornar-se avó também é um aspecto significativo do desenvolvimento adulto. Visto que a avó da atualidade participa, compartilha e, muitas vezes, assume os cuidados e a criação dos netos, ou seja, na contemporaneidade a avó influencia e contribui, muitas vezes até financeiramente, para o desenvolvimento dos netos. Contudo, torna-se necessário ampliar o conhecimento sobre as avós de bebês prematuros no contexto do MC, uma vez que constituem fonte de apoio importante para a puérpera.

Em diversos momentos as participantes descreveram a importância do relacionamento estabelecido com as outras mães como forma de apoio social, e também como principal lembrança da fase hospitalar, sendo que M8 relatou sentir solidão depois que deixou o hospital. O fato de estarem passando por situações e estressores semelhantes, além de compartilharem a convivência das etapas hospitalares nas enfermarias, aproximam e vinculam afetivamente as mães, aspecto pontuado por Leahy-Warren e McCarthy (2010). Outro ponto de destaque é a característica dinâmica e rotativa do cotidiano nas enfermarias: a mãe que hoje é recém-chegada daqui a duas semanas será mais experiente e poderá apoiar a mãe que chegar, formando um ciclo de novatas e mais experientes de forma a contribuir para o compartilhamento de experiências e apoio mútuo, aspecto descrito na teoria de Bandura (1977) sobre a aquisição de autoeficácia por meio de experiência vicária.

Para finalizar esta discussão, vale retomar Toma et al. (2007) que apontaram para a necessidade de identificar as limitações e as possibilidades de contribuição de cada família, visando o aperfeiçoamento da aplicação e dos procedimentos previstos no MC, o que torna necessário conhecer e analisar cada família dentro de suas singularidades. Assim, uma mãe que tenha menos apoio familiar poderá demandar mais ações da equipe técnica, de modo a suprir a lacuna quanto ao apoio de pessoas da rede social informal.

### **5.3 Características de Cada Etapa**

Em relação aos dados qualitativos da 1ª etapa do estudo, foi possível perceber que o nascimento do bebê prematuro tende a ser marcado pela coexistência de sentimentos maternos de conotação positiva e negativa, ou seja, a chegada de um recém-nascido pré-termo, que necessitou de hospitalização, representa a alegria de tornar-se mãe ao lado de preocupações com o estado de saúde do neonato e medo de perder o bebê. Dessa forma, o início da maternidade torna-se diferente do inicialmente idealizado, transformando-se em contexto marcado pela separação e por estressores, como ressaltam Braga e Morsch (2006): “o nascimento deixa de ser um encontro entre

genitores e filhos para se transformar numa sucessão de desencontros, que tem início no pós-parto, quando o recém-nascido é separado de sua mãe e imediatamente internado na UTI” (p. 54).

Nos relatos sobre a reação materna à hospitalização do bebê prevaleceram emoções negativas: ansiedade, desespero, medo da piora do estado de saúde do bebê e de perdê-lo, além de crenças negativas sobre a unidade de cuidados intensivos, dados também encontrados na literatura sobre esta fase da hospitalização do neonato, como destacou o estudo no contexto italiano de Tallandini e Scalembra (2006). Os dados sobre o que é mais difícil nesta etapa destacaram a separação mãe-filho, realidade que a situação impõe, bem como ver o bebê internado em unidade de terapia intensiva, fato que evidencia a crise materna diante do nascimento prematuro e da hospitalização do recém-nascido. Diante disto, nota-se a relevância de intervenções que visem contribuir para a redução do tempo de separação mãe-filho e da proposta de assistência neonatal que possibilite a interação precoce da díade mãe-bebê, tal como preconizado no Método Canguru, em razão da importância da formação de vínculo afetivo entre pais e filhos, conforme destaca a literatura (Brasil, 2002, 2007, 2010, 2011; Hall & Kirsten, 2008; Lamy et al., 2005; Nyqvist et al., 2010a, 2010b; Rintaro, Khanna, Pledge, & Nakayama, 2010; Tallandini & Scalembra, 2006).

Diante das descrições da rotina e das vivências 1ª etapa – que contem elementos estressores em função de aspectos diversos, como a condição mais vulnerável do bebê e as mães estarem mais ociosas em relação aos cuidados –, seria interessante realizar grupos com as mães para a divulgação do MC, bem como ensinar o posicionamento canguru do bebê por meio de demonstrações ilustrativas e simulações. Estes grupos também poderiam ser enriquecidos com a possibilidade das mães compartilharem sentimentos desta etapa uma com as outras. Assim, o panorama da 1ª etapa aponta para a importância de ações da equipe multiprofissional para acolhimento da mãe nos momentos iniciais da internação do neonato.

Os relatos do início da 2ª etapa, isto é, a partir do momento que o bebê vai para a enfermaria com a mãe, evidenciaram a realização materna pela proximidade do filho e o começo da maior participação nos cuidados. As descrições sobre a rotina nesta etapa apontam para a insegurança materna inicial para realizar os cuidados em razão do tamanho e da fragilidade do bebê, porém seguidos de relatos de percepção de progresso no próprio desempenho, o que pode representar ganho de autoeficácia materna percebida, como crenças sobre sua capacidade para organizar e executar um conjunto de tarefas relacionadas com a parentalidade e os cuidados de uma criança (De Montigny & Lacharité, 2005).

A descrição das participantes quanto aos cuidados mais difíceis e mais fáceis contribuiu para a caracterização das rotinas nesta etapa e favoreceu a identificação dos cuidados que as mães parecem precisar de mais apoio e orientação, como banho e amamentação. Ao analisar os cuidados considerados mais fáceis de executar, foi possível observar uma variação maior de respostas com aspectos que foram considerados por outras mães como o mais difícil; além disso muitas relataram que todos os cuidados eram fáceis. Estes dados evidenciaram a diversidade de dificuldades sentidas

e percebidas, permitindo que isso seja valorizado pela equipe, com o intuito de ofertar uma atenção equânime, calcada nas peculiaridades e subjetividades das mães.

Os resultados referentes ao instrumento de avaliação de autoeficácia na 2ª etapa somam-se a estes achados, uma vez que os escores das participantes, de forma geral, apresentaram aumento em relação à 1ª etapa. Com base nos relatos maternos e nos dados do instrumento, foi possível concluir que a etapa hospitalar do MC, em especial a 2ª etapa, contribui de forma significativa para a aquisição de autoeficácia materna em relação aos cuidados e interação com seus filhos. Esses dados vão ao encontro aos achados referentes ao predomínio de relatos sobre imaginar os cuidados no contexto domiciliar relacionados a avaliações de segurança materna em realizar os cuidados do bebê quando deixarem o hospital, o que atende aos objetivos do MC e à literatura (Brasil, 2011, Davin et al., 2009, Hall & Kirsten, 2008, Lamy et al., 2005, Tallandini & Scalembra, 2006).

No entanto, algumas participantes descreveram, na 2ª etapa, sentimentos de insegurança na realização de determinados – ou mesmo de todos – os cuidados, porém estes dados podem ser resultado do recorte situacional sobre a percepção materna de desempenho no momento da coleta de dados, uma vez que essa etapa consiste numa transição da aprendizagem materna na realização dos cuidados, isto é, um processo dinâmico de aquisição de habilidades. Esses dados, contudo, podem contribuir para a equipe avaliar em que aspectos dos cuidados a mãe necessita de mais apoio e orientação. Assim, estes dados podem ser enriquecidos com as informações do instrumento de autoeficácia com relação aos que as mães obtiveram menores escores, que mostrou ser um instrumento relevante para a prática cotidiana. Por exemplo, a respondente que obteve menor desempenho no item referente a banho, pode indicar que esta mãe necessita de reforço nas orientações sobre este cuidado.

Foi possível apreender dos relatos de algumas mães que a rotina de cuidados na 2ª etapa – concentrada nos esforços maternos, somada ao tempo para a recuperação do bebê, efetividade do aleitamento materno, ganho de peso e outros critérios para a alta hospitalar, e ainda as preocupações acerca do contexto externo ao hospital –, contribuiu para tornar as vivências no hospital muito estressantes, tanto que algumas mães relataram sentimentos de aprisionamento. Estas descrições corroboram e detalham as vivências maternas no âmbito do MC identificadas no estudo de Davin et al. (2009) e, portanto, evidenciam a necessidade de reduzir o estresse no âmbito hospitalar por meio de atividades em grupo e individuais voltadas ao fortalecimento de estratégias de enfrentamento e redução de ansiedade, assim como a importância de perceber as necessidades individuais das mães e realizar adaptações possíveis.

Na 3ª etapa, que tem início com a alta hospitalar, também foram destaque os relatos maternos que expressaram sentimentos concomitantes de felicidade e insegurança, reações esperadas uma vez que durante o período no hospital as mães tinham acesso à equipe de saúde 24 horas, em caso de dúvidas ou qualquer eventualidade. No ambiente doméstico a configuração é outra: a mãe e sua rede de apoio é que estão envolvidos e são responsáveis pelos cuidados do bebê.



O fato de as mães saírem do hospital com acompanhamento ambulatorial assegurado parece propiciar a redução da insegurança materna, porém torna-se necessário avaliar cada caso para identificar percepções e sentimentos da mãe quanto a ir para casa e assumir os cuidados do bebê, pois algumas delas podem estar mais inseguras e com menor percepção de autoeficácia em relação ao próprio desempenho.

É interessante analisar que, tanto os relatos das mães quanto os escores mais elevados de autoeficácia na 2ª etapa, indicaram o aumento de percepções maternas de segurança no âmbito hospitalar, dados que evidenciaram a relevância desta etapa. No entanto, a partir da alta, muitas referiram sentimentos de insegurança inicial, ainda que os escores de autoeficácia na 3ª fase foram os mais elevados de todas as etapas de coleta de dados, pois estes escores foram aumentando de forma progressiva ao longo da análise longitudinal de autoeficácia. Os relatos das participantes nesta etapa também apontaram para a percepção de autoconfiança e segurança na realização dos cuidados: ao avaliar os relatos acerca do cuidado mais difícil e o mais fácil, foi possível perceber maior domínio na realização de todos os cuidados. Esses resultados vão ao encontro dos de Lamy et al.(2011) ao constatarem que, entre as maternidades que adotavam o MC e as que utilizavam o modelo tradicional de assistência neonatal, nas primeiras o MC contribuiu para influenciar a expectativa positiva em relação ao período pós-alta hospitalar. Nas maternidades com modelo de assistência tradicional, prevaleceu no discurso das mães referência a sentimentos de medo em relação à saúde do bebê e receio do contexto pós-alta.

A análise do cuidado mais difícil revelou que predominaram os mesmos cuidados apontados como mais difíceis na 2ª etapa, ou seja, em casa esses cuidados também foram os que as mães referiram maior dificuldade. Da mesma forma, a descrição do cuidado mais fácil da 3ª etapa teve semelhanças com os achados na 2ª etapa. Ademais, a análise das Tabelas 4 e 5 permitiu verificar que para a metade das participantes os mesmos cuidados descritos como mais difíceis de realizar na 2ª etapa permaneceram com a mesma avaliação na 3ª etapa. Estes dados apontam para a necessidade de verificar, no acompanhamento ambulatorial, as dificuldades que envolvem os cuidados no âmbito doméstico, pois a manutenção da insegurança materna pode representar uma forma de não adesão às orientações recebidas no hospital, implicando em eventuais prejuízos para o bebê. Diante disto, destaca-se também a importância do acompanhamento do banco de leite humano para as mães que ainda possuem dificuldades com o aleitamento após a alta hospitalar, tendo em vista que pelo menos duas mães do estudo estavam realizando este tipo de acompanhamento no momento da 3ª etapa de coleta de dados.

A avaliação satisfatória da atuação da equipe de saúde nas etapas hospitalares demonstrou, de forma geral, a existência de relação de confiança entre as mães e os profissionais cujas ações visavam ensinar as mães sobre a saúde, o desenvolvimento e os cuidados com o bebê. Segundo os relatos, as condutas da equipe parecem ter propiciado o aumento da segurança materna em realizar os cuidados e interagir com o bebê, ou seja, contribuíram para o aumento da autoeficácia das mães.

Estes dados apontam para a relevância da equipe no MC, pois possibilitaram interações maternas mais seguras com seus filhos.

Por outro lado, os relatos das participantes com ressalvas quanto à atuação da equipe permitiram concluir que existem algumas dificuldades de comunicação no contexto estudado, dado que aponta para importância de treinamento da equipe quanto a estes aspectos. Ademais, é relevante investigar as razões de eventuais dificuldades de interação da equipe com a família, como causas individuais, materiais, institucionais e outras.

A análise dos dados referentes à amamentação ao longo das três etapas revelou que houve o predomínio do aleitamento materno exclusivo, dados semelhantes aos encontrados por Venâncio e Almeida (2004) sobre o impacto positivo do MC para o aleitamento materno, fato que também evidenciou o alcance da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011), fruto do trabalho de orientação e apoio da equipe profissional desde a etapa hospitalar, que mostrou consolidação na etapa ambulatorial. No entanto, algumas questões merecem reflexão: quatro mães, até a 3ª fase da coleta de dados, ainda encontravam-se em transição para o aleitamento ao seio materno e três complementavam o aleitamento com outras formas de administração da alimentação do filho. Estes dados chamam atenção, pois podem redundar no abandono da amamentação em razão de dificuldades encontradas, tornando relevante maior apoio institucional na 3ª etapa para as mães que não estejam fazendo aleitamento exclusivo, seja pelo banco de leite humano ou nas consultas pediátricas, podendo envolver outros profissionais da equipe. Outro aspecto da análise deste tema diz respeito à expressão de vontade da mulher em amamentar no seio, desejo que deve ser respeitado pela equipe, uma vez que – dadas as orientações e condições necessárias para o aleitamento materno e a mulher não o quiser –, é direito da mãe recusar essa prática. Dessa forma, a amamentação deve ser vista como um direito, mas não uma obrigação.

De maneira geral, os dados acerca do método canguru foram positivos, tanto no aspecto de realização do posicionamento quanto nas descrições maternas sobre os sentimentos e emoções associados a essa prática. Porém, os dados referentes às dificuldades de adesão podem contribuir para ações da equipe no intuito de ampliar a realização da prática, desde as etapas hospitalares até à fase domiciliar, aspectos que serão discutidos a seguir.

Com relação à realização da posição canguru, constatou-se que, de fato, a 2ª etapa é a de maior realização do posicionamento; no entanto, observou-se que as mães que a realizavam com pouca frequência na 2ª etapa apresentaram tendência à redução ou interrupção na etapa domiciliar. Houve uma mãe que não realizou a posição canguru nem no âmbito hospitalar nem no contexto doméstico, fato que merecia melhor avaliação da equipe de saúde. Outro dado que pode auxiliar a equipe em relação a menor frequência de realização da posição canguru no ambiente hospitalar foram os relatos sobre dificuldades de praticar esse posicionamento por falta de recursos materiais no hospital (faixas, almofadas etc.) e crenças maternas que relacionavam a posição canguru à aquisição de comportamento "manhoso" do bebê.

Assim, as verbalizações sobre dificuldades, receios, crenças negativas, e eventualmente distorcidas, e menor frequência de realização do posicionamento canguru podem contribuir de forma relevante para a equipe fortalecer orientações, apoio e melhorias nas condições instrumentais para alcançar maior adesão da prática, ainda na etapa hospitalar, o que possibilitará o fortalecimento da realização do MC em casa. Esses dados apontam para a importância da equipe profissional identificar as razões de não adesão ao posicionamento canguru, além de aprimorar as orientações e incentivar as mães que possuam mais dificuldades, pois a realização menos frequente do posicionamento canguru no hospital representou forte indício de não adesão a orientações referentes ao MC após a alta hospitalar, no presente estudo.

Os resultados sobre a realização da posição canguru apontaram para a ocorrência de sentimentos maternos positivos, fato que também foi descrito por Tallandini e Scalembra (2006). Chamaram a atenção os relatos de algumas participantes sobre a ressignificação da trajetória hospitalar ao estar como filho na posição canguru na 2ª etapa, de forma a lembrar da fase de UTIN como a superação das dificuldades de ter um filho hospitalizado e da valorização das competências do bebê em vencer a etapa de maior vulnerabilidade física. Essas evidências demonstraram que o contato pele a pele com o bebê pode contribuir para a elaboração positiva da crise do nascimento prematuro e da internação em uma unidade de cuidados intensivos, além de contribuir para estratégias de enfrentamento maternas mais adaptativas e favorecimento do vínculo afetivo com o filho.

Diante do exposto, é necessário que as equipes de saúde estejam atentas às características individuais maternas na realização da posição canguru, de forma a não generalizar e idealizar a participação materna no MC. Cabe à equipe fornecer as condições instrumentais necessárias, orientar, apoiar, esclarecer e identificar as mães com dificuldades, no entanto, é necessário respeitar cada mulher quanto à prática canguru, de acordo sua realidade, desejo e disponibilidade. O objetivo do MC é favorecer a relação mãe-bebê e a equipe, ao respeitar as individualidades e subjetividades maternas, contribui para o alcance mais efetivo dessa meta.

#### **5.4 Autoeficácia e Enfrentamento**

Os escores crescentes de autoeficácia ao longo das três etapas do estudo, em especial da 2ª etapa, parecem evidenciar a contribuição do MC para a aquisição de maior percepção de capacidade das mães no cuidado de seus filhos, dados corroborados pela literatura com referência a maior competência e empoderamento da mãe (Brasil, 2002, 2007, 2010, 2011; Hall & Kirsten, 2008; Lamy et al., 2005; Nyqvist et al., 2010a, 2010b; Rintaro, Khanna, Pledge & Nakayama, 2010; Tallandini & Scalembra, 2006). O conceito de autoeficácia parece ampliar a definição de competência e empoderamento, ao avaliar a percepção materna sobre a habilidade de desempenhar de forma bem sucedida um determinado comportamento (Bandura, 1977). A observação dos dados individuais mostraram as mães que apresentavam maior vulnerabilidade nesse quesito e, portanto,

necessitavam de maior atenção da equipe, evidenciando a importância desse instrumento para auxiliar as intervenções da equipe profissional. Em suma, as análises do instrumento de avaliação de autoeficácia demonstraram que este teve utilidade para mensurar a autoeficácia materna no contexto do método canguru e pode ser incorporado à prática cotidiana para identificar dificuldades específicas no ato de cuidar. O fato de não estar validado para a população brasileira é uma limitação, tal como será discutido no tópico 5.5.

Os dados sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas participantes revelaram um padrão que se manteve ao longo das três etapas de estudo, isto é, o predomínio de estratégias focalizadas no problema, busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso e busca de suporte social. A escala EMEP evidenciou ser relevante para compreender como as mães de bebês prematuros no MC lidam com os estressores desse contexto, ainda que não tenha mostrado diferenças estatísticas significativas ao longo dos três momentos. Em relação às estratégias de enfrentamento, torna-se necessário ressaltar que as três etapas do MC possuem estressores característicos e específicos, de forma que a cada mudança de etapa podem ser necessárias adaptações maternas e adoção de novos recursos de enfrentamento.

Os escores elevados para estratégias focalizadas no problema podem ser compreendidos em razão das vivências do nascimento prematuro, hospitalização do neonato em UTIN e em razão do modelo de assistência neonatal utilizado no MC, que envolveu as mães em atividades de cuidados desde o início da internação do filho, com a permanência no ambiente hospitalar e a realização de ordenha de leite materno, possibilitando a promoção do contato precoce mãe-filho. Dessa forma, as mães estiveram envolvidas em atividades para os filhos, mesmo quando ele estava sedado e entubado na 1ª etapa, e que gradativamente estas aumentaram durante a fase hospitalar. Essas características podem ter contribuído para as mães apresentarem escores elevados para essa estratégia de enfrentamento, modo mais adaptativo de lidar com situações estressantes. Contudo, os escores individuais contribuíram para detectar as mães com maiores dificuldades de enfrentamento e, portanto, que necessitavam de maior apoio e intervenções da equipe profissional.

Os escores elevados para as estratégias de busca por práticas religiosas/pensamento fantasioso no MC corroboraram os dados de Vêras, Vieira e Moraes (2010), e evidenciaram as características de religiosidade da população brasileira. A utilização dessa estratégia também pode estar associada ao contexto da internação do filho recém-nascido em unidade de terapia intensiva, condição em que os cuidados e a recuperação do neonato não estão sob domínio e controle maternos. Neste sentido, é possível afirmar que – em especial no que se refere ao enfrentamento por busca de práticas religiosas no contexto do MC –, esta estratégia pareceu contribuir para um enfrentamento materno adaptativo por propiciar sentimentos de esperança em situações de baixo controle pessoal.

## 5.5 Psicologia e Método Canguru

Diante do exposto ao longo do trabalho, reafirma-se a relevância da atuação da psicologia no contexto do MC, em especial com mães de recém-nascidos prematuros, tal como apontado na literatura (Johnson, 2007; Moreira et al. 2009; Tallandini & Scalembra, 2006). Esta tem recomendado considerar os aspectos subjetivos maternos e implementar intervenções de acordo com as demandas de cada mãe e de seus familiares. Neste sentido, a psicologia pode contribuir para a valorização dos aspectos da história pessoal e da subjetividade das mães, atendendo a suas especificidades psicológicas. A seguir são apresentadas algumas possibilidades de atuação do psicólogo, dado que resultados do presente trabalho tem implicações para a prática profissional da psicologia no contexto do MC

A atuação do psicólogo na saúde tem papel relevante ao contribuir para a melhor adaptação ao contexto de adoecimento e hospitalização, bem como promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Nesta perspectiva, o psicólogo no contexto do MC poderá contribuir para a utilização de estratégias de enfrentamento mais adaptativas, implementando, por exemplo, intervenções a partir de avaliações psicológicas que incluam, além de entrevistas e técnicas observacionais, a escala de enfrentamento utilizada no presente estudo. O instrumento validado permite comparações dos escores obtidos em estudos anteriores – e em avaliações intrasujeito –, complementando dados obtidos via entrevista ou outra técnica de avaliação psicológica.

Outra possibilidade de atuação psicológica refere-se à aquisição e/ou ao fortalecimento da autoeficácia materna, por meio de intervenções que reforcem sua autopercepção quanto à capacidade de cuidar do neonato. O instrumento de autoeficácia utilizado no estudo permite identificar as condutas de interação e de cuidado do bebê em relação às quais as mães sintam insegurança, ou mesmo medo de realizar. Assim, psicólogos e demais profissionais da equipe poderão intervir no sentido de aumentar os sentimentos de confiança e segurança maternos, e mesmo instruí-la quando necessário, em condutas específicas percebidas e sentidas como difíceis de serem executadas.

Outra possibilidade de atuação psicológica é em relação ao apoio social, seja familiar ou das outras mães, de forma a contribuir para que o apoio seja mais efetivo e percebido de forma mais satisfatória.

Essas intervenções psicológicas podem ser individuais, bem como grupais, podendo ser direcionadas também aos pais e demais familiares, dependendo do tema e da demanda identificada. Considerando que as mães estão internadas por períodos de tempo não muito breves, convivendo no mesmo espaço da unidade de saúde – e muitas vezes ociosas –, intervenções em grupo podem ser de grande valia e altamente eficazes, lançando mão de técnicas de dinâmicas de grupo e psicoeducacionais, por exemplo. Deve-se resguardar, no entanto, a voluntariedade da participação, ou seja, as mães devem ter o direito de escolher se querem ou não estar em contextos grupais.

A atuação psicológica deve, também, ocorrer junto aos demais membros da equipe multidisciplinar, incluindo áreas como pediatria, enfermagem e serviço social. Outro aspecto da atuação psicológica com a equipe de saúde se refere à promoção da comunicação dos profissionais com a mãe e familiares do recém-nascido.

São, portanto, várias as possibilidades de atuação da psicologia, que poderão agregar qualidade à atenção em saúde no contexto do MC.

## **5.6 Limitações e Sugestões de Estudos Futuros**

Dentre as limitações do presente estudo, destacam-se o tamanho reduzido da amostra, especialmente para a análise estatística, e o fato desta ter sido de conveniência. Além disso, o fato da pesquisadora ser a psicóloga da unidade exigiu uma vigilância para que não houvesse interferência negativa dos dois papéis: o de pesquisadora e o da profissional. Por outro lado, essa característica parece ter viabilizado a coleta de dados longitudinal, já que a dinâmica hospitalar é complexa no contexto da prematuridade e do MC. Assim, pode ser considerado uma vantagem para o processo de coleta de dados o fato de psicóloga e pesquisadora terem sido a mesma pessoa.

Em relação aos roteiros de entrevista – especialmente os das etapas hospitalares – avaliou-se que estes ficaram muito extensos: se por um lado permitiu o acesso de uma diversidade de informações, por outro representou dificuldades para seguir de forma mais sistemática a sequência de perguntas do roteiro.

Quanto à aplicação dos instrumentos quantitativos mediante entrevista, pode ter havido um viés de desejabilidade social. Outra limitação da aplicação dos instrumentos quantitativos foi a repetição da apresentação das duas escalas, de autoeficácia e enfrentamento, nas três etapas de coleta de dados, fato que pode ter favorecido, em alguns casos, a aprendizagem de respostas. Uma limitação da escala de autoeficácia materna foi o fato de não estar validada para a população brasileira, limitação que pode ensejar estudos futuros.

Com relação à investigação do suporte social, esta poderia ter sido mais ampla de forma a caracterizar melhor as formas de apoio, bem como os níveis de satisfação com o apoio recebido, dada a importância do apoio social descrita ao longo deste trabalho. Estudos futuros poderiam focalizar intervenções psicológicas às mães e familiares e a avaliação dos efeitos dessas intervenções.

Outro estudo de interesse seria a comparação da variável autoeficácia materna, por exemplo, em mães de bebês prematuros, tal como fez Lamy et al. (2011) em seu estudo. Torna-se necessário ampliar o conhecimento sobre a aquisição de autoeficácia materna e a utilização de estratégias de enfrentamento ao longo do MC mediante estudo destas variáveis de forma a comparar os resultados no MC com dados de modelos tradicionais de assistência neonatal.

## Capítulo VI

### Considerações Finais

Pode-se perceber as contribuições relevantes do estudo para ampliar o conhecimento do MC, de forma a contribuir para a produção de conhecimento sobre a família que vivencia o MC, em especial a partir da perspectiva materna. Com base na percepção de mães que vivenciaram o MC foi possível descrever o cotidiano de cada etapa, as dificuldades e as características das três fases de aplicação do método.

Dentre as contribuições do estudo, destaca-se o conhecimento das estratégias de enfrentamento utilizadas no âmbito do MC, pois conhecer o processo de enfrentamento poderá contribuir para a implementação de intervenções que auxiliem as mães a utilizarem estratégias mais adaptativas. Outro aspecto de destaque das contribuições do presente estudo foi a investigação sobre autoeficácia materna percebida, conceito que amplia a perspectiva de competência materna e auxilia na identificação de mães com maior necessidade de orientação e suporte social e/ou técnico.

Diante das informações sobre o contexto atual do Método Canguru, alguns desafios – para fortalecer sua implementação, para a adesão das mães e das famílias, bem como para a participação da equipe de saúde –, ficaram evidentes. Os conceitos sobre maternidade contribuem para a compreensão do contexto psicoafetivo da gestação, porém deve-se ter cautela para não utilizá-los de forma generalista e universal. Em especial sobre a dinâmica familiar e a maternidade, é necessário destacar que as vivências não são iguais e generalizáveis para todas as mulheres e famílias.

Há necessidade de refletir sobre o papel das mães no processo do MC e a importância da equipe multiprofissional neonatal no sentido de oferecer uma assistência de qualidade e de forma individualizada às mães, com ênfase no olhar para estas mulheres como sujeitos participantes do processo. A sensibilidade da equipe de saúde para a subjetividade e individualidade das mães de bebês hospitalizados contribuirá para uma assistência que atenda às necessidades das famílias e para um desenvolvimento mais saudável da criança, dos adultos e das relações familiares. Véras e Traverso-Yépez (2010) destacaram a importância no sentido de que as políticas públicas, de forma geral, considerem a subjetividade dos usuários e que seja adotada uma postura de diálogo, ao invés de imposições para as pacientes e suas famílias.

A visão da mulher como um ser em desenvolvimento contribui para ampliar o olhar sobre as contribuições do Método Canguru no que tange à promoção de uma maternidade saudável, apesar das condições adversas do nascimento pré-termo, favorecendo o desenvolvimento da adultez feminina. Por último, destaca-se que o MC é um método que todos os pais deveriam experienciar,

independente do tipo de gestação, seja o recém-nascido sadio ou vulnerável, grande ou pequeno (Hall & Kirsten, 2008). Tallandini e Scalembra (2006) destacaram ainda que o MC possibilita o desenvolvimento não apenas de mães mais competentes, mas também de crianças mais competentes, em razão da proximidade de contato e interação entre ambos, ou seja, a autora assinalou a relevância do método para o aspecto preventivo da qualidade das interações familiares futuras.

O médico colombiano Heitor Martinez, um dos fundadores do MC, revelou, em entrevista à Folha Online em 2009, quando dos 30 anos do Método Canguru, que o que tem sido feito foi essencialmente a consolidação de algo que a humanidade sempre experienciou e viveu. Ele ressaltou que, nesses 30 anos, as mudanças foram mínimas, uma vez que os princípios fundamentais do método – amor, calor e leite materno – não podem ser alterados, caso contrário os esforços da técnica falhariam. Ainda nesta entrevista, quando questionado sobre os equívocos referentes à aplicação do MC, desde a sua criação em suas observações ao redor do mundo, Heitor Martinez respondeu:

*O principal erro que encontrei é algo comum a muitos profissionais. É que, após mais de um milhão de anos criando seus filhos, as mães tenham agora quem queira lhes dar um manual de criação, dizer o que devem fazer. Quando a mãe é, por natureza, a melhor médica, enfermeira, educadora, estimuladora e psicóloga.*

Diante da fala de Martinez, observa-se o desafio de atuação no MC, em que a equipe de saúde, por um lado, tem contribuição importante de apoio e orientação para as mães de recém-nascidos prematuros: por outro lado, é importante não atuar de modo que a técnica ofusque o exercício pleno da maternidade impedindo a mãe de ser, de fato, a protagonista na relação com seu filho. Vale lembrar ainda que a relação mãe-filho é construída, e não apenas baseada no instinto materno, como sugere a fala de Martinez.

Encerramos o presente trabalho com essas reflexões e com o desejo de possibilitar a vivência da maternidade plena como a maior conquista da mãe de filho prematuro.



## Referências

- Adamson-Macedo, E. N. (2004). Neonatal Health Psychology: Theories and practice. *Neuroendocrinology Letters*, 25, 9-34.
- American Psychological Association (APA) (2011). *Official site—Pediatric Psychology*. Retirado de: <http://www.apa.org/divisions/div54/> (30/06/2011).
- Andreani, G., Custodio, Z. A. O., & Crepaldi, M. A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, 24, 115-126.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Agió, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Araújo, C. L., Rios, C. T. F., Santos, M. H.S., & Gonçalves, A.P.F.G. (2010). Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (1) 301-307.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família* (Trad: D. Flaksman). Rio de Janeiro: Guanabara
- Azevedo, K. R., & Arrais, A. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Prática*, 19(2), 269-276.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistador. O mito do amor materno* (Trad: W. Dutra). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: LDA.
- Bandura, A. (1977) Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barnes, C. R, & Adamson-Macedo, E. N (2007). Perceived maternal parenting self-efficacy (PMP S-E) tool: development and valuation with mothers of hospitalized preterm neonates. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 550-560.
- Barradas, J, Fonseca, A, Guimarães, C.L.N., & Lima, G.M.S.L. (2006). Relationship between positioning of premature infants in Kangaroo Mother Care and early neuromotor development. *Jornal de Pediatria*, 82(6), 475-80.
- Barros, F.C., Victora, C.G., Matijasevich, A., Santos, I. S., Horta, B. L., Silveira, M. F., & Victora, C.G. (2008). Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 957-64.
- Beck, S, Wojdyla, D, Say, L, Betran, A.P., & Merialdi, M. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin World Health Organization*, 88, 31–38.
- Beetham, G., & Demetriades, J. (2007). Feminist research methodologies and development: overview and practical application. *Gender and Development*, 15 (2), 199-216.

- Bettioli, H., Barbieri, M.A., & Silva, A.A.M. (2010). Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32 (2), 57-60.
- Bernardo, M. A. R. (2012). *Vinculação e estratégias de coping em mães de crianças prematuras*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Bibby, E., & Stewart, A. (2004). The Epidemiology of Preterm Birth. *Neuroendocrinology Letters*, 25 (Suppl.1), 43-47.
- Borck, M., & Santos, E.K.A. (2010). Terceira etapa Método Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 31(4), 761-768.
- Braga, N. A., & Morsh, D. S. (2006). Os primeiros dias na UTI. In M.E.L. Moreira, N. A. Braga & D.S. Morsh (Eds.), *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal* (pp. 51-68). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno- Infantil (1994). *Manual de Assistência ao Recém-Nascido*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Área de Saúde da Criança (2002). *“Mãe Canguru”: Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS. Documento base para gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde* (2004). Retirado de: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf) (29 de novembro de 2011).
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1071 de 4 de julho de 2005. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1683 de 12 de julho de 2007. Normas de orientação para a implantação do Método Canguru.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de 24 de julho de 2011. Instituição, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), da Rede Cegonha.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2011). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Caetano, L.C., Scochi, C.G.S., & Angelo, M. (2005). Vivendo no Método Canguru a tríade mãe-filho-família. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 13(4), 562- 568.
- Castro, E. K. (2007). Psicologia Pediátrica: a atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27 (3), 396-405.
- Charpak, N., Ruiz, J.G., Zupan, J., Cattaneo, A., Figueroa, Z. , Tessier, R., Cristo, M., Anderson, G., Ludington, S., Mendoza, S., Mokhachane,, M., & Worku, B. (2005) Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Pædiatrica*, 94, 514-522.

- Charpak, N., & Ruiz-Peláez, J. G. (2005). Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. *Acta Pædiatrica*, 94, 529- 534.
- Correia, L. L., Carvalho, A. E.V., & Linhares, M. B. M. (2008). Verbal contents expressed by mothers of preterm infants with clinical and emotional symptoms. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(1), 64-70.
- Costa, R., & Monticelli, M. (2005). Método Mãe-Canguru. *Acta Paulista de Enfermagem*. 18(4), 427-433.
- Davin, R. M. B., Enders, B. C., Dantas, J. C., Silva, R.A.R., & Nóbrega, E.J.P.B. (2009). Método Mãe Canguru: Vivência de mães no alojamento conjunto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10(1), 37-44.
- Denis, C.L., & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Research in Nursing and Health*, 22, 399-409.
- De Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 387-396.
- Farkas, C. & Valdés, N. (2010). Maternal stress and perceptions of self-efficacy in socioeconomically disadvantaged mothers.: an explicative model. *Infant behavior & Development*, 33(4), 654-662.
- Fávero, M.H. (2010). *Psicologia do gênero: psicobiografia, sociocultura e transformações*. Curitiba: Editora UFPR.
- Folha Online (2009). *A mãe é por natureza a melhor médica*. Entrevista com Heitor Martinez. Retirado de: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u607028.shtml>
- Folkman, S., Lazarus, R.L, Gruen, R., & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégia de enfrentamento, autoeficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 74-82.
- Gontijo, T. L, Meireles, A.L., Malta, D.C., Proietti, F.A., & Xavier, C. C. (2010). Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso – método canguru. *Jornal de Pediatria*, 86(1), 33-39.
- Guimarães, S. S. (1999). Psicologia da Saúde e doenças crônicas. In R. Kerbauy (Ed.), *Comportamento e saúde: explorando alternativas* (pp. 22-45). Santo André, SP: ARBytes.
- Guimarães, G. P., & Monticelli, M. (2007). (Des)motivação da puérpera para praticar o Método Mãe-Canguru. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(1), 11-20.
- Hall, D., & Kirsten, G. (2008). Kangaroo Mother Care – a review. *Transfusion Medicine*, 18, 77–82.

- Hughes, M., McCollum, J., Sheftel, D., & Sanchez, G. (1994). How parents cope with the experience of neonatal intensive care. *Child Health Care*, 23(1), 1-14.
- Inácio, A.T.C. (2011). *Significados atribuídos pelos pais à hospitalização do filho prematuro*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal
- Johnson, A.N. (2007). The Maternal Experience of Kangaroo Holding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36, 568-573.
- Klein, C. (2005). A produção da maternidade no Programa Bolsa-Escola. *Estudos Feministas*, 13(1) 31-52.
- Kristensen, C.H., Schaefer, L.S., & Busnello, F. B. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 27(1) 21-30.
- Kohlsdorf, M. (2008). *Análise das estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças e adolescentes em tratamento de leucemias*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, DF.
- Kohlsdorf, M., & Costa Júnior, A. (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 417-429.
- Krum, F.M.B. & Bandeira, D. R. (2008). Enfrentamento de desastres naturais: o uso de um coping coletivo. *Paidéia* 18 (39) 73-84.
- Lamy, Z. C., Gomes, M.A.S.M., Gianini, N.O.M., & Hennig, M. A. S. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 659-668.
- Lamy, Z. C., Morsch, D. S., Deslandes, S. F., Fernandes, R.T., Rocha, L. J. L. F, Lamy Filho, F., Gomes, M.A., Silva, A.A.M., & Moreira, M.E. (2011). Construção do papel materno a partir das vivências de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 12(1), 14-21.
- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2010). Maternal parental self-efficacy in postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 802-810.
- Madu, S. N., & Roos, J. J. (2006). Depression among mothers with preterm infants and their stress-coping strategies. *Social Behavior and Personality*, 34(7), 877-890.
- Moreira, J. O., Romagnoli, R.C., Dias, D.A.S., & Moreira, C.B. (2009). Programa Mãe-Canguru e a Relação Mãe-Bebê: Pesquisa Qualitativa na Rede Pública de Betim. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 14(3), 475-483.
- Moreira, L.E., & Nardi, H.C. (2009). Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade(s) contemporânea(s). *Estudos Feministas*, 17(2), 569-594.
- Morsh, D. S., Braga, N. A., Borges, J. S., Kislánov, S., & Cupolillo, S. (2012). Redes de suporte à parentalidade em UTI Neonatal: um relato de experiência. In C. A Piccinini & P. Alvarenga (Eds.), *Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos* (pp.

- 59-82). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Murta, S. G. & Guimarães, S. S. (2007). Enfrentamento à lesão medular traumática. *Estudos de Psicologia, 12*(1), 57-63.
- Nyqvist, K.H., Anderson, G.C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Ewald, U., Ludington-Hoe, S., Mendoza, S., Pallás-Allonso, C., Peláez, J.G., Sizun, J., & Widström, A. M. (2010a). State of the art and recommendations Kangaroo Mother Care: Application in a high-tech environment. *Acta Pædiatrica, 99*, 812–819.
- Nyqvist, K.H., Anderson, G.C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Ewald, U., Ludington-Hoe, S., Mendoza, S., Pallás-Allonso, C., Peláez, J.G., Sizun, J., & Widström, A. M. (2010b). Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Pædiatrica, 99*, 820–826.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Padovani, F.H.P (2005). *Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo*. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia e Educação. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Papageorgiou, A., Pelausa, E., & Kovacs, L. (2007). O recém-nascido de extremamente baixo peso ao nascer. In M.G. MacDonald & M. D. Mullett & M.M.K Seshia (Eds.), *Avery Neonatologia Fisiopatologia e Tratamento do Recém-Nascido*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Perucchi, J., & Beirão, A.M. (2007). Novos arranjos familiares: paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar das mulheres chefes de família. *Psicologia Clínica, 19*(2), 57-69.
- Pinto, I. D., Padovani, F. H. P., & Linhares, M.B.M. (2009). Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*(1), 75-83.
- Rintaro, M., Khanna, R., Pledge, D., & Nakayama, T. (2010). Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. *Pediatrics International, 52*, 161–170.
- Rothrauff, T., & Cooney, T. M. (2008). The role of generativity in psychological well-being: Does it differ for childless adults and parents? *Journal of Adult Development, 15*, 184-159.
- Santos, A. C. W., & Moré, C. L. O. O. (2011). Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. *Paidéia, 21*(49), 227-235.

- Scavone, L. (2001). Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação*, 5 (8), 74-60.
- Schermann, L. B., & Brum, E. H. M. (2012). Parentalidade no contexto de nascimento pré-termo: a importância das intervenções pais-bebê. In C. A. Piccinini & P. Alvarenga (Eds.), *Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos* (pp. 35-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 421-429.
- Seidl, E.M.F., Tróccoli, B.T., & Zannon, C. M. L (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Seidl, E.M.F., Melchíades, A., Farias, V., & Brito, A., (2007). Pessoas vivendo com HIV/aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2305-2316.
- Shea, J. J. (2003) The adult self: process and paradox. *Journal of Adult Development*, 10 (1), 23-30.
- Silveira, M. F., Santos, I. S., Barros, A. J. D., Matijasevich, A., Barros, F. C., & Victora, C. G. (2008). Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 957-964.
- Slater, C.L. (2003). Generativity versus stagnation: an elaboration of Erikson's adult stage of human development. *Journal of Adult Development*, 10(1), 53-65.
- Souza, K. M. O. S. & Ferreira, S. D. (2010). Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 471-480.
- Souza, J. R. (2009). *Estudo sobre a avaliação de eficácia terapêutica em Oncologia: grupo psicoeducacional "Aprendendo a Enfrentar"*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Tallandini, M. A., & Scalembra, C. (2006). Kangaroo Mother Care and mother-premature infant dyadic interaction. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 251-275.
- Tavares, J. S. C., & Trad, L.A.B. (2009). Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e fatores de enfrentamento. *Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação*, 13(29), 395-408.
- Toma, T. S. (2003). Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 233-242.
- Toma, T. S., Venâncio, S. I., & Andretto, D. A. (2007). Percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após implantação do Método Mãe- Canguru em hospital público da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7(3), 297-307.

- Vasconcelos, M. G. L., Leite, A.M., & Scochi, C.G.S. (2006). Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(1), 47-57.
- Vasconcelos, V., & Petean, E. B. L (2009). O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e indicadores de enfrentamento das gestantes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10(1), 69-82.
- Venâncio, S.I. & Almeida, H.(2004). Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 80(5), 173-180.
- Véras, R. M., & Traverso-Yépez, M. A. (2010). A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso – Programa Canguru. *Estudos Feministas*, 18(1), 61-80.
- Véras, R.M., Vieira, J.M.F., & Morais, F.R.R. (2010). A Maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 15(2) 325-332.
- Wagner, A., Predebon, J., Mosmann, J., & Verza, F. (2005). Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 181-186.
- Zornig, S.M.A. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico, Rio de Janeiro*, 4 (2), 453-470.
- Zornig, S.M.A. (2012). Construção da parentalidade: da infância dos pais ao nascimento do filho. In C. A. Piccinini & P. Alvarenga (Eds), *Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos* (pp. 17-34). São Paulo: Casa do Psicólogo.

## **Anexos**



## Anexo 1: Comprovante de Aprovação no CEP



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 053/2012

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 611/2011 – MÃES DE BEBÊS PREMATUROS NO MÉTODO MÃE CANGURU: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS, ENFRENTAMENTO E AUTOEFICÁCIA.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 27/02/2014

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela APROVAÇÃO DO PROJETO.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 29 de fevereiro de 2012.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS  
Coordenadora

AL/CEP/FEPECS

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br  
SMHW - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-007  
BRASILIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE

## Anexo 2

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A Senhora está sendo convidada a participar da pesquisa *Mães de bebês prematuros no Método Canguru: aspectos psicossociais, enfrentamento e autoeficácia*. O objetivo desta pesquisa é conhecer aspectos psicossociais, estratégias de enfrentamento e percepção de autoeficácia nos cuidados do bebê de mães de recém-nascidos prematuros de baixo peso, ao longo das três etapas do Método Mãe Canguru, para compreender suas vivências neste contexto. Trata-se de um trabalho de mestrado da psicóloga Mariana Spehar, sob orientação da professora e psicóloga Eliane Maria Fleury Seidl, em realização no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Pretendemos a participação da senhora ao longo do acompanhamento de seu filho(a) no Método Canguru (MC), composto de três etapas: duas fases hospitalares e uma ambulatorial. A pesquisa será realizada de forma individual e serão utilizados instrumentos como escalas e entrevistas gravadas. A pesquisa será realizada nesse hospital, na Unidade de Neonatologia, e sua participação será em datas a serem combinadas, sendo que cada encontro terá a duração estimada de uma hora.

Informamos que a Senhora poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para a Senhora. Informamos ainda que a assistência psicológica às mães da Unidade de Neonatologia estará assegurada, independente da participação ou não na pesquisa, cujo objetivo é a participação livre e consentida.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Unidade de Neonatologia do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a pesquisadora Mariana Costa Spehar, no Hospital Regional de Taguatinga no telefone: 3353-1023 em horário comercial.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos no telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com a senhora.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável  
Mariana Costa Spehar - CRP 01/10806

#### **Sim, aceito participar deste estudo.**

Nome: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### Anexo 3: Roteiros de entrevista

#### Roteiro de entrevista 1ª etapa

Data da aplicação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### Dados Pessoais

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_
3. Data de internação na unidade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
4. Anos de escolaridade: \_\_\_\_\_
5. Situação ocupacional/profissional: \_\_\_\_\_
6. Telefones: \_\_\_\_\_
7. Endereço: \_\_\_\_\_

#### Dados da Gestação e do Bebê

8. Data de Nascimento do bebê: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_
9. Peso de nascimento: \_\_\_\_\_ e Peso atual: \_\_\_\_\_
10. Qual foi o tipo de parto? \_\_\_\_\_
11. Qual a idade gestacional na ocasião do parto? \_\_\_\_\_
12. Teve outros partos prematuros? \_\_\_\_\_
13. Como foram esta(s) experiências? \_\_\_\_\_
14. A atual gestação foi planejada/desejada? \_\_\_\_\_
15. Realizou pré-natal? Onde? \_\_\_\_\_
16. Como transcorreu a gestação? \_\_\_\_\_
17. Quais eram suas expectativas em relação ao bebê antes do nascimento? \_\_\_\_\_
18. Como foram suas reações após o parto quando viu seu bebê, o que pensou?  
\_\_\_\_\_
19. O que sentiu? \_\_\_\_\_

#### Internação do Bebê e Sentimentos Maternos

20. O que compreende sobre o que ocasionou a internação de seu filho(a)? \_\_\_\_\_
21. E sobre o estado de saúde dele(a)? \_\_\_\_\_
22. E sobre os tipos de suporte que seu filho está utilizando? \_\_\_\_\_

23. O que compreende sobre o que é uma unidade de cuidados neonatal?  
\_\_\_\_\_
24. E as suas reações iniciais após a internação de seu filho(a), que pensou?  
\_\_\_\_\_
25. O que sentiu? \_\_\_\_\_
26. O que considera ser mais difícil nesta etapa? \_\_\_\_\_
27. Como se sente diante do contexto atual? \_\_\_\_\_
28. Como definiria a maternidade diante deste contexto? \_\_\_\_\_
29. Como é a interação com seu filho? \_\_\_\_\_
30. Realiza algum cuidado com seu filho atualmente? \_\_\_\_\_
31. Foi em casa desde a internação? Frequência? \_\_\_\_\_

### **Dados Familiares**

32. Dados do pai: Nome, idade e ocupação \_\_\_\_\_
33. Como é a sua relação com o pai do bebê: \_\_\_\_\_
34. Como é a participação do pai do bebê durante a internação?  
\_\_\_\_\_
35. Com quem reside? \_\_\_\_\_
36. Situação Conjugal: \_\_\_\_\_
37. Tem outros filhos? \_\_\_\_\_ Quantos e idade: \_\_\_\_\_
38. Com quem e onde estão ficando enquanto você está no hospital? \_\_\_\_\_
39. Que pessoas você têm dado apoio a você nesse momento? \_\_\_\_\_

### **Equipe e Amamentação**

40. Como avalia a interação com a equipe de saúde da unidade? \_\_\_\_\_
41. E as orientações e explicações recebidas? \_\_\_\_\_
42. Em relação à produção de leite e aleitamento, como avalia a atual situação?  
\_\_\_\_\_

### **Método Canguru**

43. O que conhece sobre o Método Mãe Canguru? \_\_\_\_\_
44. Já realizou a “posição canguru”? Qual a frequência? \_\_\_\_\_

45. Como foi essa experiência para você? \_\_\_\_\_

### **Considerações Finais**

46. Gostaria de fazer algum comentário ou acrescentar alguma informação sobre suas vivências nesta fase do acompanhamento de seu filho(a)? \_\_\_\_\_

### **Roteiro de entrevista 2ª etapa**

**Data da aplicação:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### **Dados da Mãe**

1. Nome da mãe: \_\_\_\_\_
2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

#### **Dados do Bebê**

3. Peso de Nascimento do bebê: \_\_\_\_\_ Peso atual: \_\_\_\_\_
4. Dias de internação: \_\_\_\_\_

#### **Internação na Enfermaria**

5. Desde que data você e o bebê estão juntos na enfermaria? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
6. O que pensou quando o bebê veio para a enfermaria com você? \_\_\_\_\_
7. E o que sentiu? \_\_\_\_\_
8. Como está o atual estado de saúde de seu bebê? \_\_\_\_\_
9. Quais os cuidados com seu filho(a) que você realiza atualmente? \_\_\_\_\_
10. Como se sente ao realizar os cuidados de seu filho(a)? \_\_\_\_\_
11. Tem alguma(s) tarefa(s) de cuidado com seu filho(a) que sinta mais facilidade? Qual? Por quê? \_\_\_\_\_
12. Tem alguma(s) tarefa(s) de cuidado com seu filho(a) que sinta maior dificuldade? Qual? Por quê? \_\_\_\_\_
13. Como avalia sua interação no momento atual com seu filho(a)? \_\_\_\_\_

#### **Amamentação**

14. Qual é a forma atual de alimentação de seu filho(a)? \_\_\_\_\_

15. Como está sua produção de leite? \_\_\_\_\_

### **Dados Familiares**

16. Foi em casa desde a internação? Frequência? \_\_\_\_\_

17. Como tem sido a participação do pai nesta etapa? \_\_\_\_\_

18. Quem são as pessoas que te visitam? \_\_\_\_\_

19. Como estão os outros filhos? \_\_\_\_\_

20. Você se preparou para esta fase da internação de seu filho? \_\_\_\_\_

### **Método Canguru**

21. Em relação à “posição canguru”, tem realizado? \_\_\_\_\_

22. Qual a frequência diária aproximada e por quanto tempo você e o bebê permanecem na “posição canguru”? \_\_\_\_\_

23. Possui alguma dificuldade ou dúvida sobre a “posição canguru”? \_\_\_\_\_

24. Além de você, outras pessoas realizam “posição canguru”? \_\_\_\_\_

25. Percebe benefícios em realizar “posição canguru”? \_\_\_\_\_

26. O que pensa ao realizar “posição canguru” com seu bebê? \_\_\_\_\_

27. O que sente ao realizar “posição canguru” com seu bebê? \_\_\_\_\_

28. Pretende realizar a “posição canguru” após a alta do hospital? \_\_\_\_\_

### **Equipe**

29. Como avalia a interação com a equipe de saúde da unidade? \_\_\_\_\_

30. E as orientações e explicações recebidas? \_\_\_\_\_

### **Expectativas de Alta Hospitalar**

31. Possui expectativas em relação à alta hospitalar? \_\_\_\_\_

32. Como imagina que será o retorno para casa? \_\_\_\_\_

33. Em relação aos cuidados com seu filho(a) em casa, como imagina que serão? \_\_\_\_\_

34. Como avalia sua capacidade de realizar os cuidados com seu bebê em casa? \_\_\_\_\_

35. Pretende seguir as orientações recebidas no hospital sobre amamentação?

\_\_\_\_\_

### **Sentimentos Maternos**

36. Possui preocupações no contexto atual? \_\_\_\_\_

37. Como se sente diante do contexto atual? \_\_\_\_\_

38. Como é a maternidade nesta fase? \_\_\_\_\_

39. Gostaria de acrescentar alguma informação ou opinião sobre suas vivências nesta fase do acompanhamento de seu filho(a)? \_\_\_\_\_

### **Roteiro de entrevista 3ª etapa**

**Data da aplicação:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### **Dados Maternos**

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

#### **Dados Bebê**

3. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Peso da alta: \_\_\_\_\_

4. Data da alta hospitalar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Peso atual: \_\_\_\_\_

#### **Pós-Alta Hospitalar**

5. O que pensou quando o bebê recebeu alta do hospital? \_\_\_\_\_

6. E o que sentiu? \_\_\_\_\_

7. Como está o atual estado de saúde de seu bebê? \_\_\_\_\_

8. Quais os cuidados com seu filho que realiza? \_\_\_\_\_

9. Como se sente ao realizar os cuidados de seu filho(a)? \_\_\_\_\_

10. Tem alguma(s) tarefa(s) de cuidado com seu filho(a) que sinta mais facilidade? Qual? Por quê? \_\_\_\_\_

11. Tem alguma(s) tarefa(s) de cuidado com seu filho(a) que sinta maior dificuldade? Qual? Por quê? \_\_\_\_\_

12. Como avalia sua interação no momento atual com seu filho(a)? \_\_\_\_\_
13. Como avalia a realização de atividades de autocuidado? \_\_\_\_\_
14. Em relação às demais orientações recebidas no período que estavam no hospital, têm conseguido segui-las? \_\_\_\_\_
15. Quais os cuidados/tarefas mais fáceis de realizar após o retorno para casa? Por quê? \_\_\_\_\_
16. Quais os cuidados/tarefas mais difíceis de realizar após o retorno para casa? Por quê? \_\_\_\_\_

### **Sentimentos Maternos**

17. Possui preocupações no atual contexto? \_\_\_\_\_
18. Possui lembranças da fase hospitalar? Quais? \_\_\_\_\_
19. Considera que a experiência de nascimento prematuro e a hospitalização do bebê modificou sua vida? Como? \_\_\_\_\_
20. Como que você se avalia em relação ao início da hospitalização de seu filho em relação à hoje? \_\_\_\_\_
21. Como avalia a experiência de ser mãe de um bebê prematuro? \_\_\_\_\_

### **Dados Familiares**

22. Como tem sido a participação do pai nesta etapa? \_\_\_\_\_
23. Quem são as pessoas que te apoiam nesta etapa? Quais os tipos de apoio? \_\_\_\_\_
24. Como está sua interação com os filhos mais velhos? \_\_\_\_\_
25. E estes com você e com o bebê? \_\_\_\_\_
26. Alguém te ajuda na realização dos cuidados com o bebê? Quem? \_\_\_\_\_
27. Alguém te ajuda com a realização de tarefas domésticas? Quem? \_\_\_\_\_

### **Amamentação**

28. Como está o aleitamento de seu bebê nesta etapa? \_\_\_\_\_
29. Como está o ganho de peso de seu filho? \_\_\_\_\_
30. Necessitaram de apoio do banco de leite após a alta? \_\_\_\_\_
31. Quais os cuidados com seu filho que você realiza atualmente? \_\_\_\_\_



### **Acompanhamento Ambulatorial**

32. Tem ido às consultas de seu filho? \_\_\_\_\_
33. Com quais profissionais ele tem acompanhamento ambulatorial? \_\_\_\_\_

### **Posição Canguru**

34. Em relação à “posição canguru”, tem realizado após a alta do hospital? \_\_\_\_\_
35. Qual a frequência diária aproximada e por quanto tempo você e o bebê permanecem na “posição canguru”? \_\_\_\_\_
36. Quais benefícios percebe ao realizar a “posição canguru”? E desvantagens? \_\_\_\_\_
37. Além de você, outras pessoas realizam “posição canguru”? \_\_\_\_\_
38. Gostaria de acrescentar alguma informação ou opinião sobre suas vivências nesta fase do acompanhamento de seu filho? \_\_\_\_\_

**Anexo 4: Instrumento para Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida**  
**(Tradução da escala *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* - PMP S-E)**

Algumas situações que envolvem mães de recém-nascidos são descritas a seguir. Por favor, responda as questões abaixo de acordo com o que você acredita que consegue fazer rotineiramente com relação aos cuidados do seu bebê e à sua interação com ele/ela.

Se, na sua avaliação, você discordar totalmente da afirmativa a que se refere o item, assinale o número 1. Se concordar totalmente, assinale o número 4. Se sua avaliação for diferente dessas duas opções, marque 2 ou 3, conforme a escala abaixo. Não há respostas certas ou erradas. Assinale o número que mais se aproxima do que você considera que expressa à realidade.

Obrigada por sua participação!

**1. Eu acredito que sei quando meu bebê está cansado e precisa dormir.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**2. Eu acredito que tenho controle sobre meu bebê.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**3. Eu percebo quando meu bebê está doente.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**4. Eu entendo os sinais do meu bebê.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**5. Eu sei fazer meu bebê feliz.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**6. Eu acredito que meu bebê reage bem a mim.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**7. Eu acredito que meu bebê e eu temos uma boa interação um com o outro.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**8. Eu sei fazer meu bebê se acalmar quando ele está chorando.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**9. Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica aborrecido(a).**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**10. Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica agitado(a).**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**11. Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela chora continuamente.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**12. Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica mais inquieto(a).**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**13. Eu sou boa em entender o que meu bebê quer.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**14. Eu sou boa em conseguir a atenção do meu bebê.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**15. Eu sou boa em saber de que atividades meu bebê não gosta.**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**16. Eu sou boa em manter meu bebê entretido.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**17. Eu sou boa em alimentar meu bebê.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**18. Eu sou boa em trocar as fraldas ou roupas do meu bebê.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**19. Eu sou boa em dar banho em meu bebê.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

**20. Eu sei mostrar afeição para o meu bebê.**

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

### Anexo 5: Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a condição atual de seu bebê, neste momento do tratamento dele(a). Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar essa condição, no momento atual.

Veja um exemplo: Eu estou buscando ajuda de um profissional para enfrentar o meu problema de saúde.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Muito obrigada pela sua participação!

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso Sempre

1.	Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
2.	Eu me culpo.	1	2	3	4	5
3.	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	1	2	3	4	5
4.	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.	1	2	3	4	5
5.	Procuro um culpado para a situação.	1	2	3	4	5
6.	Espero que um milagre aconteça.	1	2	3	4	5
7.	Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.	1	2	3	4	5
8.	Eu rezo/ oro.	1	2	3	4	5
9.	Converso com alguém sobre como estou me sentindo.	1	2	3	4	5
10.	Eu insisto e luto pelo que eu quero.	1	2	3	4	5
11.	Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.	1	2	3	4	5

12.	Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.	1	2	3	4	5
13.	Desconto em outras pessoas.	1	2	3	4	5
14.	Encontro diferentes soluções para o meu problema.	1	2	3	4	5
15.	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	1	2	3	4	5
16.	Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	1	2	3	4	5
17.	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	1	2	3	4	5
18.	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.	1	2	3	4	5
19.	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	1	2	3	4	5
20.	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.	1	2	3	4	5
21.	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.	1	2	3	4	5
22.	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.	1	2	3	4	5
23.	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	1	2	3	4	5
24.	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.	1	2	3	4	5
25.	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.	1	2	3	4	5
26.	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.	1	2	3	4	5
27.	Tento esquecer o problema todo.	1	2	3	4	5
28.	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	1	2	3	4	5
29.	Eu culpo os outros.	1	2	3	4	5
30.	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.	1	2	3	4	5
31.	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
32.	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.	1	2	3	4	5
33.	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	1	2	3	4	5
34.	Procuo me afastar das pessoas em geral.	1	2	3	4	5
35.	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	1	2	3	4	5
36.	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	1	2	3	4	5
37.	Descubro quem mais é ou foi responsável.	1	2	3	4	5
38.	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.	1	2	3	4	5
39.	Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	1	2	3	4	5
40.	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	1	2	3	4	5
41.	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.	1	2	3	4	5
42.	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.	1	2	3	4	5
43.	Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	1	2	3	4	5
44.	Eu me apego à minha fé para superar esta situação.	1	2	3	4	5
45.	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.	1	2	3	4	5

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com essa dificuldade ou problema?

---