



FACULDADE ADVENTISTA PARANAENSE

MELANI CRISTINE ZAFONATO

**A OPINIÃO DE MÃES SOBRE A EXPERIÊNCIA COM O MÉTODO
MÃE CANGURU PARA O CUIDADO
DO BEBÊ DE BAIXO PESO**

Ivatuba – PR

2011



MELANI CRISTINE ZAFONATO

**A OPINIÃO DE MÃES SOBRE A EXPERIÊNCIA COM O MÉTODO
MÃE CANGURU PARA O CUIDADO
DO BEBÊ DE BAIXO PESO**

Trabalho de Conclusão Curso apresentado à Faculdade Adventista Paranaense, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof^a. Ms^a. Elieth Lessa Fonseca.

Ivatuba – PR

2011

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Dirceu e Janete e, à minha irmã Lísia, pelo exímio apoio, compreensão e amor incondicional. Essa é uma vitória não somente minha, mas também de vocês.

Às mulheres que gentilmente dispuseram-se a participar compartilhando experiências confiando sentimentos envolvidos por emoções intensas, aflorados por suas experiências em ser de um bebezinho prematuro de baixo peso e utilizar o Método Mãe Canguru para o cuidado do mesmo.

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de agradecer primeiramente a Deus por Sua bondade, ter me concedido saúde, força e à constante presença em minha vida mesmo nos momentos os quais não O tenha reconhecido.

Aos meus pais Dirceu e Janete por tanto apoio, amor, compreensão e por ensinarem valores e princípios como honestidade e perseverança. Em especial à minha mãe por ensinar-me desde criança tais princípios baseados nos fundamentos da palavra de Deus.

À minha professora e orientadora Ms. Elieth Lessa Fonseca, que com paciência, companheirismo, esforço e dedicação contribuiu de forma significativa ao andamento progressivo deste trabalho e, ao meu crescimento pessoal.

A todos os professores os quais tenho boas lembranças, que participaram diretamente de meu crescimento individual e acadêmico, compartilhando conhecimento e experiências vivenciadas em seu cotidiano. Especialmente aos professores de estágio supervisionado, que ensinaram por seu exemplo em como ser um melhor profissional e melhor ser humano sensível as particularidades de cada indivíduo.

Aos meus colegas de curso que de alguma forma compartilharam experiências, palavras de apoio e companheirismo nos momentos de necessidade.

As mães participantes do estudo. Minha sincera gratidão por aceitarem partilhar experiências.

EPÍGRAFE

“Viver significa lutar”

Sêneca

RESUMO

O objetivo principal deste estudo foi conhecer a opinião de mães sobre a experiência de ter seu bebê de baixo peso (BBP) prematuro e a utilização do Método Mãe Canguru (MMC) para o cuidado do mesmo. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido junto a cinco mães que experenciaram ter um BBP prematuro e utilizar o MMC durante o período de internação hospitalar. Os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2011, por meio de entrevista semi-estruturada, gravadas com o consentimento prévio das entrevistadas e transcritas na íntegra. Para análise das informações, adotou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) da qual emergiram duas unidades temáticas centrais: experiência de ter o bebê prematuro de baixo peso e a experiência da utilização do MMC. Na experiência de ter o bebê prematuro de baixo peso foram agrupadas duas categorias: Sentimentos/emoções expressos, sendo estes agradáveis e desagradáveis e outra sub categoria denominada: Intercorrências e alteração da rotina, tanto da mãe como do bebê durante a gestação e período de hospitalização. Quanto à experiência da utilização do MMC, podemos identificar duas categorias: Os resultados revelaram que ser mãe de um BBP prematuro constituiu para elas uma experiência intercalada por sentimentos e emoções contínuos, ora agradáveis, ora desagradáveis, inicialmente desagradáveis pela sensação de perda e medo do desconhecido e sequelas. Porém, com o passar do tempo, percebemos o surgimento de sentimentos de muita felicidade, vitória e agradecimento à Deus. Devido à fragilidade e imaturidade orgânica do bebê, foi necessário internação na UTIN pelos vários fatores de risco associados ao nascimento pré-termo e às intercorrências advindas com o mesmo. Nesse período de internação, como possibilidade de resgate da aproximação mãe-bebê iniciam o MMC. Experenciar o MMC representou para as mães a oportunidade da concretização do nascimento do bebê e da maternidade, permeado por intensos sentimentos e emoções, predominando o prazer, felicidade, bem como reconhecimento da bondade de Deus. As participantes também revelaram as facilidades e dificuldades vividas com relação à experiência de ser mamãe canguru para cuidarem do seu filho de baixo peso/prematuro. Diante disso, expressaram a importância de um cuidado de enfermagem orientado, capaz de fornecer subsídios para uma prática de enfermagem humanizada e consciente, levando em conta a participação da família no planejamento ao cuidado de seu filho. Concluímos que é necessário nos sensibilizarmos para a necessidade do acompanhamento dessa díade nesse momento de tamanha importância para o desenvolvimento deste novo ser. Todos os esforços devem ser no sentido de planejar ações de enfermagem específicas que valorizem um cuidado humanizado, fortalecendo assim os cuidados de enfermagem aos bebês de baixo peso e/ou prematuro e suas mães.

Palavras – chaves: Enfermagem Neonatal, Recém nascido Prematuro, Humanização.

ABSTRACT

The main objective of this study was to know the opinions of mothers about their experience of having low birth weight baby (BBP) and premature use of Kangaroo Mother Care (MMC) for the care of it. This is an exploratory descriptive qualitative approach, developed with five mothers who experienced premature and have a BBP using MMC during the hospitalization. Data were collected between August-September 2011, through semi-structured interview, recorded with the consent of the interviewees and transcribed verbatim. For the analysis of information, we adopted the content analysis proposed by Bardin (1977) units from which emerged two central themes: the experience of having a premature baby of low birth weight and experience of using the MMC. In the experience of having a premature baby of low birth weight were grouped two categories: Feelings / emotions expressed, which are pleasant or unpleasant and another sub category called: Complications, both mother and baby during pregnancy and hospitalization. The experience of the use of MMC, we can identify three categories: The results revealed that being a mother of BBP was premature for them to experience feelings and emotions interspersed with solid, sometimes pleasant, sometimes unpleasant, initially by unpleasant feelings of loss and fear of unknown and sequelae. However, over time, we see the emergence of feelings of great happiness, victory and thanksgiving to God. Due to the fragility and immaturity of the organic baby, the NICU was required by the various risk factors associated with preterm birth and the complications that come with it. During this period of hospitalization as a possibility to rescue the mother-baby approach start the MMC. Tapping into the MMC for mothers represented the opportunity of realizing the baby's birth and motherhood, permeated by intense feelings and emotions, a predominance of pleasure, happiness, as well as recognition of God's goodness. Participants also revealed the strengths and difficulties experienced with respect to the experience of being a kangaroo mother care for your child's low weight / premature. Therefore, expressed the importance of a nursing care oriented, able to provide support for a humane nursing practice and conscious, taking into account the family's participation in planning the care of his son. We conclude that it is necessary to sensitize us to the need for monitoring of this dyad in this moment of such importance to the development of this new being. Every effort should be in order to plan nursing actions that enhance a specific humanized care, thus strengthening the nursing care to babies with low birth weight and / or preterm and their mothers.

Words - keys: Neonatal Nursing, preterm infants, Humanization.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Dados referentes às mães participantes do estudo.....	27
QUADRO 2 – Referentes aos RNBP/prematuro participantes do estudo.....	28

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Unidade Temática Central.....	29
FIGURA 2 – Unidade Temática Central I.....	30
FIGURA 3 – Sentimentos/emoções agradáveis e desagradáveis expressos pelas mães.....	31
FIGURA 4 – Intercorrências durante a gestação e período de hospitalização.....	35
FIGURA 5 – Unidade Temática Central II.....	41
FIGURA 6 – Significados da Utilização do MMC.....	42
FIGURA 7 – Facilidades e dificuldades na utilização do MMC.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

BBP – Bebê de Baixo Peso

BP – Baixo Peso

BLH – Banco de Leite Humano

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico

EM – Ensino Médio

EF – Ensino Fundamental

HU – Hospital Universitário

IG – Idade Gestacional

MS – Ministério da Saúde

MMC – Método Mãe Canguru

OMS – Organização Mundial da Saúde

RN – Recém Nascido

RNBP – Recém Nascido de Baixo Peso

RNPT – Recém Nascido Prematuro

SUS – Sistema Único de Saúde

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

RESUMO
ABSTRACT
LISTA DE QUADROS
LISTA DE FIGURAS
LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

1 INTRODUÇÃO	12
1.2 Motivação Do Estudo.....	12
1.3 Delineamento do Problema de Pesquisa.....	13
1.4 Justificativa	14
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3 OBJETIVOS	20
3.1 Geral.....	20
3.2 Específico	20
4 TRAJETÓRIA METODOLOGICA	21
4.1 Tipo do Estudo	21
4.2 Local do Estudo.....	21
4.3 Participantes da Pesquisa	22
4.4 Coleta de Dados.....	22
4.5 Análise dos Dados.....	23
4.6 Aspectos Éticos	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	27
5.1 Apresentando as Mães e seus Bebês	27
5.2 Análise de conteúdo das entrevistas	29
5.2.1 Unidade Temática Central I: Experiência de ter o Bebê Prematuro de Baixo Peso	30
5.2.1.1 Categoria Temática I: Sentimentos/emoções expressos.....	31
5.2.1.2 Categoria Temática II: Intercorrências e Alterações na Rotina.....	36

5.2.2 Unidade Temática Central II: Experiência da utilização do MMC	42
5.2.2.1 Categoria Temática I: Significados da utilização do método.....	43
5.2.2.2 Categoria Temática II: Facilidades de Dificuldade na utilização do MMC.....	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
7 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	58
APÊNDICE A: Autorização para Pesquisa Científica.....	68
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	69
APÊNDICE C: Roteiro para Entrevista	70
ANEXO: Autorização para pesquisa	73

1 INTRODUÇÃO

1.2 Motivação Do Estudo

O estudo emergiu do interesse desenvolvido durante o curso de enfermagem ao cuidar de bebês; em especial bebês prematuros de baixo peso.

Ao decorrer das práticas supervisionadas tive muita afinidade com a área de neonatologia, a qual me possibilitou vivenciar alguns nascimentos. Nessas ocasiões pude observar a felicidade dos familiares, em especial das mães ao verem e tocarem em seus bebês pela primeira vez. No entanto, o que sempre chamou muito a atenção e sensibilizava eram os bebês prematuros com sua fragilidade, pequenez e o abalo psicossocial que se instalava neste contexto no que diz respeito à relação familiar.

Em uma visita técnica ao H.U., conheci a UTIN, que de fato chamou-me atenção; entretanto, apesar de não ter entrado, percebi que havia muitos bebezinhos e imaginei que fossem todos prematuros. A professora que acompanhava afirmou a prematuridade e outros estavam ali por serem baixo peso.

Por interesse no cuidado e na recuperação delicada dos BBP e a desestrutura emocional familiar observável nas situações de prematuridade; o olhar atento, possibilitou-me perceber embutida no ser mulher à privação em exercer seu papel de mãe. Sendo assim, optei em desenvolver o trabalho de conclusão de curso nessa área especializada tendo como foco o cuidado ao bebê junto à mãe e sua recuperação.

Em uma conversa com a professora a qual me orientou no Trabalho de Conclusão de Curso, demonstrei interesse em aprofundar-me na área da neonatologia - em especial o prematuro - de tal forma que incentivei-me a iniciar pesquisas relativo ao tema “baixo peso”. Não precisando muitos esforços cheguei ao Método Mãe Canguru. Ao ler sobre o método mais interesse desenvolvia e a partir deste encantamento surgiu a intenção de conhecer a opinião de mães sobre a experiência de ter o seu bebê prematuro de baixo peso e a utilização do Método Mãe Canguru para o cuidado do mesmo, suas facilidades e dificuldades, bem como identificar os sentimentos vivenciados por elas.

1.3 Delineamento do Problema de Pesquisa

Segundo Brasil (2002), “o cenário que constitui um casal grávido – homem e mulher que se dispõe a gerar e cuidar de um bebê” – traz consigo fortes emoções, conflitos e sentimentos que envolvem tanto o ambiente familiar – avós, primos, irmãos – quanto o próprio casal, determinando assim mudanças importantes nos diferentes membros da família.

Durante o período gestacional à medida que o bebê se desenvolve, os pais iniciam um processo imaginário das características físicas e de caráter do bebê. Sendo assim, formam a individualidade do filho que irá nascer de forma a criarem um bebê imaginário, que permanece apenas nos sonhos e pensamentos e ao nascimento estes sonhos devem dar lugar ao bebê real. No entanto, ao nascer uma criança prematura em especial de baixo peso, esses sentimentos e emoções tornam-se os mais ambíguos possíveis, pois ao olharem para seu filho, vêem um ser completamente diferente do que haviam imaginado/idealizado; suas expectativas vão todas ao chão. O RN que nasceu antes do tempo esperado, levará mais tempo para sentir o cheiro da mãe, ficará privado de carinho e afago, é mais indefeso, frágil, delicado e pequenininho, necessitando uma atenção redobrada. Essa situação representa um momento de crise para a família, um período limitado de tempo de desequilíbrio. Sendo assim, os pais se acham pouco importantes para seu bebê e incapazes de prestar um cuidado adequado para sua melhora, sobretudo quando não foram orientados à tamanha importância de sua presença junto à ele (BRASIL, 2002).

Diante do contexto, percebe-se a necessidade de um cuidado especializado, sendo que o MMC vem de encontro a esse cuidado humanizado que favorece o vínculo mãe/bebê, proporcionando segurança e bem estar ao binômio. Dessa forma surgem os seguintes questionamentos: Como é para a mãe a experiência de ter o seu bebê prematuro de baixo peso e cuidar do mesmo através do MMC? Quais as facilidades e dificuldades ao cuidar do RNBP/prematuro no MMC? Quais os sentimentos percebidos por elas, durante a utilização do MMC?

1.4 Justificativa

Considerando a complexidade que envolve a gestação de alto risco, esta não deve ser limitada apenas ao aspecto biológico, à determinação de suas causas e consequências e ao tratamento das intercorrências. O olhar para as gestantes deve ser ampliado, direcionando-lhe um enfoque de cuidado voltado à compreensão, sentido atribuído por este ser gestante sobre a experiência de esperar por um bebê em uma situação de alto risco e posteriormente suas capacidades em cuidá-lo (OLIVEIRA, 2008).

O prematuro por sua vez, é um bebezinho biologicamente mais vulnerável do que aquele nascido a termo devido a sua imaturidade orgânica, necessitando muitas vezes de cuidados especiais (FONSECA; SCOCHI, 2005).

Segundo Kenner (2001, p. 259) “com o nascimento de um recém-nascido de alto risco, os membros da família experimentam uma sensação de perda [...] sofre um certo pesar com a perda do filho perfeito esperado, antes que ela possa criar laços fortes com o filho imperfeito”.

É nessa fase de instabilidade emocional vivida pelos pais que a equipe de enfermagem deve estar preparada para ajudá-los, de forma a prestar uma assistência humanizada ao BBP e à mãe a superarem as dificuldades encontradas, as perdas conseqüentes, bem como lhes preparar a cuidarem de seu prematuro e a fortalecê-las psicologicamente.

A humanização dos cuidados em saúde, diz respeito à individualidade, considera-se a essência do ser, um processo a facilitar de maneira positiva a vivência da pessoa vulnerável naquele momento (CARVALHO et al, 2005).

O MMC surge como uma proposta de humanização ao recém nascido de baixo peso, na qual a mãe – ou outro familiar – tem participação ativa, sendo notórios os benefícios deste contato pele a pele, tanto para a mãe como para o BBP/prematuro (BRASIL, 2002).

Portanto, conhecer a opinião das mães sobre a experiência de ter o seu bebê prematuro de baixo peso e cuidar do mesmo através do MMC, poderá fornecer subsídios para uma prática de enfermagem humanizada, mais especializada e consciente, levando em conta a participação da família no planejamento do cuidado ao bebê de baixo peso.

À contribuição do tema abordado corrobora-se como material de relevância para futuras pesquisas na área e fonte de saber para profissionais e, pais que inevitavelmente enfrentarem à prematuridade e buscarem um cuidado e recuperação que favoreça a formação de afeto entre o binômio mãe/bebê.

2 REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, a saúde da mulher e da criança tem sido admitida como prioridade há algumas décadas. No entanto, constata-se ainda, que ocorre um número elevado de mortes de mulheres e crianças por complicações da gravidez, parto e puerpério (OLIVEIRA, 2009).

A maioria das mulheres tem filhos entre as idades 20 e 34 anos. Vários fatores relacionados a idade podem colocar sob risco a gravidez de uma adolescente (menos de 19 anos) ou uma mulher madura (mais de 35 anos), os quais podem levar a um parto prematuro e à separação precoce entre mãe e filho, de forma a atribuir conseqüências para o bebê como, por exemplo, risco de infecção, desmame precoce e dificuldade na formação dos laços afetivos com seus pais (BRADEN, 2000; CALAZANS; NASCIMENTO; CABRAL, 2009).

O parto prematuro em especial ao tratar-se de um BBP, é considerado relevante fator de risco para morte neonatal variando de acordo com o país ou região em função das condições socioeconômicas, cultural, antecedentes ginecológicos e obstétricos, além das intercorrências gestacionais e assistenciais (FERNANDES, 2008).

Entre 1980 e 2009, a mortalidade infantil caiu de 69,12 para 22,47 óbitos por mil nascidos vivos. No mesmo ano, a proporção de óbitos no período neonatal era de 40,70% e ampliou-se para 67,30%, em 2008. Já a proporção de óbitos ocorridos entre o primeiro mês e o primeiro ano de vida caiu de 59,30% para 32,70%, no período. (IBGE, 2009). Os níveis ainda elevados de mortalidade neonatal que ocorrem no Brasil apontam para a necessidade de melhor compreensão do papel da assistência no processo de determinação da saúde e da morbimortalidade neonatal. Serviços de saúde acessíveis e de boa qualidade deveriam ser capazes de reconhecer as mortes evitáveis e implementar medidas para reduzi-las (ALMEIDA; BARROS, 2004)

No passado, a OMS classificava o RN apenas no peso, considerando prematuro, todo recém nascido vivo que pesasse menos 2.500 g. Na década de 1970, a Academia Americana de Pediatria decidiu classificar o RN de acordo com a idade gestacional (IG), não levando em conta somente o peso, pois em certos casos, o RN pode pesar menos de 2.500 g e ser a termo. Atualmente, a classificação adotada baseia-se em dois critérios: a IG e o peso do RN (TAMEZ; SILVA, 2009), sendo este último, segundo Freitas; Camargo (2006), “uma variável importante de avaliação ponderal do RN prematuro como um dos critérios para a análise de seu crescimento e desenvolvimento”.

RN de baixo peso é todo aquele que nasce com peso inferior a 2.500 g. Neste critério estão incluídos tantos os prematuros quanto os RN de termo com retardo de crescimento intra-uterino.

Classifica-se o RN segundo IG em: prematuros, IG inferior a 37 semanas; a termo, IG entre 37 e 41 semanas e 6 dias; pós termo, IG igual ou maior que 42 semanas (BRASIL, 1994; FERNANDES, 2004).

Um dos maiores desafios do Brasil é a sua alta taxa de mortalidade perinatal, em particular nas regiões mais pobres. O aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. A Rede Amamenta Brasil é uma estratégia para a abordagem do aleitamento materno na atenção básica a saúde, tendo por objetivo geral contribuir para o aumento dos índices de aleitamento materno no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Outras iniciativas de saúde pública voltadas ao atendimento do recém nascido em âmbito nacional contemplam as seguintes estratégias: Rede Norte Nordeste de Saúde Perinatal, desenvolvida de forma articulada com a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a Rede Amamenta Brasil e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, sendo no âmbito do SUS objetivada a contribuir para redução da mortalidade perinatal por meio de aprimoramento nas áreas de gestão, assistência, ensino e pesquisa perinatal, nos estados do Norte e Nordeste do Brasil (PORTARIA N 2.800, 2008).

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano é um serviço especializado, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, do seu processamento, controle de qualidade e distribuição, na qual a doadora além de expressar excesso de leite deve ser saudável e se dispor a ordenhar e doar o excedente (RESOLUÇÃO ANVISA, 2006).

Capacitação dos profissionais de saúde na atenção ao recém nascido, Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Este último, apresentado oficialmente em 8 de dezembro de 1999, em seminário realizado no Rio de Janeiro, sob o patrocínio do BNDES e fundação Orsa (PORTAL DA SAÚDE. MÉTODO CANGURU)

Preocupado em oferecer uma abordagem perinatal satisfatória e a promover a atenção humanizada ao RNBP independente de cada realidade e cultura a qual estão inseridos, visando interesse em mudar a postura técnica/profissional relacionada à humanização da assistência prestada (BRASIL, 2009), o MS lançou, por meio da Portaria n 693 de 05/07/00 a Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso, a qual entrou em vigor na data de sua publicação (PORTARIA N 693/GM, 2000), sendo a mesma atualizada por meio da Portaria n 1.683 de 12/07/07.

Tendo por base a referida norma, a área de Saúde da Criança do Ministério da Saúde tem como objetivo difundir e instrumentalizar profissionais da área de saúde na utilização da Norma do Método Canguru, sendo que esta reúne conhecimentos acerca das particularidades físicas e biológicas e das necessidades especiais de cuidados técnicos e psicológicos do casal grávido, da gestante, da mãe, do

pai, do RNBP, abrangendo também a equipe de profissionais responsável por esse atendimento (BRASIL, 2009).

Criado em 1979, na Colômbia pelo Dr. Edgar Rey Sanabria e Dr. Hector Martinez no Instituto Materno Infantil de Bogotá, como uma proposta para melhorar os cuidados prestados ao RNPT naquele país e visando baratear os custos da assistência perinatal e promover, através do contato pele a pele precoce entre a mãe e seu bebê, maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e um melhor desenvolvimento perinatal (BRASIL, 2009).

O contato pele a pele, também conhecido como cuidado canguru ou método canguru, levou esse nome porque as mães canguru carregam seus filhotes em contato pele a pele enquanto eles se desenvolvem. Devido à falta de incubadoras no berçário para uso individual, os neonatologistas convidaram mães de RNPT a permanecer na UTIN mantendo seus filhos junto ao corpo, a fim de prover calor necessário à manutenção da temperatura corporal desses RN (TAMEZ; SILVA, 2009).

O MMC é um tipo de assistência neonatal que implica 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 o suficiente, permitindo, uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém nascido. É um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado reunindo estratégias de intervenção biopsicossocial. Inicia-se com o toque e evolui-se até a posição canguru, podendo ser realizada pelo pai, mãe ou outro familiar. Deve ser desempenhada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009).

O padrão do MMC sugerido pela OMS, dividiu-se em três etapas:

Etapa I: recomendado a todos os neonatos estáveis, com Apgar > 5. Durante o primeiro minuto após o parto, o neonato é colocado na posição prona em contato pele a pele com sua mãe. Esta etapa inicia-se antes do nascimento, onde as gestantes de risco identificadas recebem informações e orientações específicas relacionadas aos cuidados a serem tomados por ela com o bebê, durante o contato pele a pele.

Etapa II: realizada no alojamento conjunto canguru, quando o neonato encontra-se clinicamente estável, com peso superior a 1.250 g, com ganho de peso diário adequado por pelo menos 3 dias. A mãe deverá estar bem orientada sobre esta etapa e sentir-se confortável e segura do cuidado que irá prestar (TAMEZ, 2009). Segundo Brasil (2009), na “segunda etapa não se estipula a obrigatoriedade de tempo em posição canguru. Essa situação deve ser entendida como um fato que ocorre com

base na segurança do manuseio da criança, no prazer e na satisfação da criança e da mãe”.

Etapa III: realizada após a alta hospitalar do neonato com acompanhamento ambulatorial. Normalmente o neonato deve estar com um peso mínimo de 1.500 g. Os pais continuarão o cuidado canguru em domicílio (TAMEZ, 2009). Na primeira semana após a alta hospitalar, os pais deverão levar o filho três vezes na primeira semana e duas vezes por semana a partir da segunda semana pós-alta, continuando o acompanhamento até atingir 2.500 g, quando o método canguru já não será mais necessário (BRASIL, 2002).

Para a permanência na segunda etapa do método canguru há critérios de elegibilidade tanto para a mãe, quanto para o RNBP. No que diz respeito ao bebê, deve haver estabilidade clínica; nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo) e peso mínimo de 1.250g. A mãe deve demonstrar desejo em participar, disponibilidade de tempo; deve haver consenso entre mãe, familiares e profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

Toda a equipe de enfermagem deve estar preparada para atender as necessidades da mãe e seu RN com qualidade e segurança, de modo a estar ao seu lado dando apoio emocional e prático, observá-la como um *ser* mulher, um *ser* mãe em todo o contexto psicossocial a qual a mesma está inserida.

Para Tamez (2009, p. 90), toda a equipe deverá trabalhar no sentido de promover e apoiar o procedimento o mais precocemente possível, para que ambos possam receber os benefícios integrais do cuidado.

O cuidado canguru inclui práticas que podem contemplar a afetividade e a integralidade do cuidado. Para prestar uma assistência nessa perspectiva, é preciso, sensibilidade para perceber que essas mulheres não são abstratas, mas estão inseridas em contextos sociais concretos e que trazem consigo de forma explícita, as dores do vivido (JAVORSKY et al, 2004).

São atribuições da equipe de enfermagem, orientar a mãe e a família em todas as etapas do método; oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos; encorajar o aleitamento materno; desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar; participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção e orientar a família na hora da alta hospitalar criando condições de comunicação com a equipe e garantir todas as possibilidades de atendimento continuado (BRASIL, 2009).

O método de humanização canguru traz benefícios satisfatórios ao bebezinho e a sua mãe. Estudos comprovam que há uma importante melhora no estado emocional e fisiológico que ajudam a equilibrar o estado da puérpera no pós-parto (TAMEZ, 2009).

Dentre os benefícios a nível emocional e fisiológico, destaca-se, segundo Tamez; Silva (2009, p.81), que “o aumento da produção de leite e período de amamentação torna a mãe mais calma, devolve o senso de controle e confiança na habilidade de cuidar do filho removendo o medo e a insegurança, tornando-as mais ansiosas para levar seus bebês para casa”.

A utilização do método canguru traz como outras vantagens o aumento do vínculo mãe – filho e redução do tempo de separação; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RNBP; estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração; permite um controle térmico estável e adequado por maior período de tempo; favorece a estimulação sensorial adequada do RN; contribui para a redução de riscos de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor dos RNBP; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu bebezinho de baixo peso, inclusive após alta hospitalar (BRASIL, 2009); melhora oxigenação do bebê durante o procedimento; proporciona ciclos regulares de sono profundo; ganho de peso corporal mais rápido; diminuição nos períodos de agitação e choro; mantém períodos de alerta mais prolongados e interativos (TAMEZ; SILVA, 2009). O toque dos pais contribui positivamente para o crescimento e desenvolvimento do bebê e o som dos batimentos cardíacos e da respiração podem acalmá-lo (TAMEZ, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Conhecer a opinião de mães sobre a experiência de ter seu BBP/prematuro e a utilização do Método Mãe Canguru para o cuidado do mesmo.

3.2 Específico

- Enumerar as facilidades e dificuldades ao cuidar do prematuro de baixo peso por meio do Método Mãe Canguru.
- Identificar os sentimentos percebidos pelas mães durante a utilização do Método Mãe Canguru para o cuidado do BBP/ prematuro.

4 TRAJETÓRIA METODOLOGICA

4.1 Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa. Segundo Lakatos; Marconi (1990, p. 183), o “estudo exploratório-descritivo são estudos exploratórios que têm por objetivo descrever completamente determinado fenômeno”.

Optou-se pela pesquisa qualitativa por esta ser adequada às experiências humanas, respondendo melhor à particularidade desta pesquisa.

A abordagem qualitativa abarca a totalidade de seres humanos, uma preocupação fundamental da ciência da enfermagem. Concentra-se nas experiências humanas em cenários naturalistas, na individualidade do ser humano como um ser único e no sentido e significados que estes atribuem à suas experiências, surgindo a partir do contexto de vida; possibilitando uma compreensão mais ampla e profunda a respeito do comportamento humano (WOOD; HABER, 2001).

4.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido em uma instituição de saúde situada no município de Maringá – PR. O município situa-se na região noroeste do Estado do Paraná, a 434 Km de Curitiba – capital do Estado – sendo a sede da microrregião 9: Associação dos Municípios do Setentrião Paranaense (AMUSEP) (O PARTIAL DE MARINGÁ), sendo caracterizado por uma população de 325.968 (IBGE, 2007).

Segundo Fonseca (2009), para o atendimento de bebês de alto risco, o município conta com um total de 24 leitos de UTIN, divididos em três hospitais: 18 leitos em dois hospitais filantrópicos, que atendem usuários do SUS, de outros convênios e particulares, e 6 leitos num hospital universitário, que atende aos usuários do SUS.

Dentre os hospitais do município que atendem o nascimento do bebê prematuro de risco baixo peso, a instituição de escolha é referência às práticas de humanização ao BBP através do Método Mãe Canguru que é uma política de saúde pública para o atendimento ao RNBP.

A instituição é o maior e mais equipado hospital da região noroeste do Paraná, atendendo a todas as camadas sociais, utilizando tecnologia de última geração e equipe altamente especializada, sendo referência pelas práticas humanizadas ([HTTP://SANTACASAMARINGA.COM.BR/](http://SANTACASAMARINGA.COM.BR/)).

4.3 Participantes da Pesquisa

Fizeram parte deste estudo cinco mães de prematuros de baixo peso internados na instituição de escolha para a pesquisa.

Critério de inclusão: mães de prematuro de baixo peso internados que utilizaram ou que estivessem utilizando o MMC.

O contato com as famílias aconteceu no hospital após aprovação da instituição. As entrevistas iniciaram após a confirmação da participação da mãe e bebê no MMC por meio da enfermeira do setor de pediatria.

Com base nos pressupostos da pesquisa qualitativa, o número de participantes determinou-se pela saturação dos dados, ou seja, quando as idéias transmitidas e compartilhadas com o pesquisador tornaram-se repetitivas e compartilhadas antes por outros participantes e na inclusão de outros, não resultou em idéias novas (WOOD; HABER, 2001).

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados realizou-se durante a vivência com o método mãe canguru (MMC) no hospital durante o período de agosto a setembro de 2011.

Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas (APENDICE C) com roteiro de questões abertas, referentes à experiência do MMC e questões fechadas para caracterização das participantes, sendo estas elaboradas e aplicada pela própria pesquisadora.

Entrevistas semi-estruturadas são caracterizadas por um elenco de questões fechadas e questões abertas. Questões abertas são aquelas que dão condição ao pesquisado de discorrer espontaneamente sobre o que se está questionando e as questões fechadas, são aquelas em que o

pesquisado escolhe sua resposta em um conjunto de categorias elaboradas juntamente com a questão (FACHIN, 2003).

As entrevistas foram gravadas em um gravador digital, com o consentimento prévio das entrevistadas e transcritas na íntegra.

O local para a realização das entrevistas preferencialmente era em ambiente com privacidade, isento de interferências externas para uma satisfatória observação da pesquisadora, entretanto, predominava o local de preferência da mãe participante do estudo.

4.5 Análise dos Dados

Para análise dos dados obtidos, foi escolhida a técnica de análise de conteúdo, sendo considerada uma técnica que procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, toma em consideração as significações (conteúdo), eventualmente a sua forma e a distribuição destes conteúdos e formas (BARDIN, 1977).

Na análise de conteúdo o ponto de partida é a mensagem, mas devem ser consideradas as condições contextuais como um dos principais requisitos, como pano de fundo, no sentido de garantir a relevância dos resultados a serem divulgados (PUGLISI; FRANCO, 2005).

A análise de conteúdo organiza-se em fases, as quais giram em torno de três pólos cronológicos:

1. A pré análise: é a fase organização, que tem por objetivo tornar operacionais sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento.

Os passos da pré análise são:

- a) Leitura “flutuante”: consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações.
- b) A escolha dos documentos: consiste em determinar *a priori* o universo dos documentos da análise.
- c) A formulação das hipóteses e dos objetivos: uma hipótese é uma afirmação provisória, suposição cuja origem é a intuição que permanece suspensa enquanto não for submetida à prova de dados seguros. O objetivo é a

finalidade geral a que nos propomos, no qual os resultados obtidos serão utilizados.

- d) A referenciação dos índices e a elaboração de indicadores: será a escolha de índices (textos) que a análise vai falar e sua organização sistemática em indicadores.
 - e) A preparação do material: trata-se de uma preparação antes da análise formal, onde o material deve reunido é preparado, preparação formal.
2. A exploração do material: é uma fase longa, consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. É a fase de análise propriamente, que não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas.
 3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: momento o qual os resultados são tratados de maneira a serem significativos e válidos. O pesquisador, tendo a sua disposição os resultados significativos e fiéis, pode propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a descobertas inesperadas (BARDIN, 1977).

A análise das entrevistas iniciou-se com a elaboração de questões norteadoras as quais deram o ponto de partida para a mesma. Desta forma, elaboraram-se os seguintes questionamentos:

1. Como é descrita a experiência de ter o bebê baixo peso/prematuro e utilizar o Método Mãe Canguru para o cuidado dele?
2. Como foram apresentadas as dificuldades e facilidades?
3. Como expressam os sentimentos na utilização do método?

Acrescentou-se ainda os seguintes questionamentos:

1. O que é enfatizado pelos sujeitos?
2. O que não é dito?
3. O que é implícito?
4. Aparecem contradições?
5. Como as contradições se manifestam?

Ao serem estabelecidas as indagações, as entrevistas foram lidas, relidas e analisadas de forma individual. Durante a leitura buscou-se identificar os significados mais comuns, que apareciam com maior frequência nas entrevistas. Inicialmente, nas entrevistas individuais e posteriormente, na

comparação com as demais entrevistas, sendo grifados no texto e grafados à sua margem os que se destacavam respondendo direta ou indiretamente aos questionamentos propostos.

Buscou-se então identificar os significados que eram mais comuns e que apareciam com maior frequência, inicialmente em cada entrevista e, posteriormente, na comparação com aqueles que emergiam nas demais. Para os significados que eram comuns, foi estabelecida uma codificação denominada de unidade de significado.

Trecho da Entrevista	→	Unidade de Significado
Ex: “[...] foi uma emoção muito grande que foi pro resto da vida, nunca vou esquecer”.		Experiência inesquecível.

Todo o material foi lido e relido várias vezes para confirmar as codificações já estabelecidas ou criar novas unidades de significado. As unidades de significado foram analisadas à luz das indagações propostas sempre reportando-se ao texto, convergindo-se em duas unidades temáticas centrais: Experiência de ter o bebê prematuro de baixo peso; Experiência da utilização do Método Mãe Canguru.

Unidades de Significado	→	Unidade Temática
Experiência emocionante, Concretização da maternidade Concretização do nascimento.	}	Experiência da utilização do Método Mãe Canguru

As categorias temáticas e as respectivas unidades de significado reproduzem, de maneira evidente o que foi expresso de modo explícito ou não para a compreensão dos significados apreendidos, tendo por base as falas das mães no que faz menção à experiência de ter um BBP/prematuro e cuidar dele com o MMC.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo desenvolveu-se em concordância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, pelo Conselho Nacional em Saúde através da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) e o projeto de pesquisa científica foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Uningá de Maringá – PR, aprovado pelo parecer nº 0151/11.

A pesquisa iniciou-se após a autorização da instituição de escolha.

A solicitação de participação no estudo foi realizada pessoalmente junto às mães de BBP/prematuro, as quais foram informadas sobre os objetivos do estudo, a livre opção em participar ou não, garantindo anonimato.

Após esclarecimento de dúvidas, as mães que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em duas vias (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Constituiu-se da caracterização das participantes do estudo e análise das entrevistas através de trechos das mesmas, as quais, por meio do agrupamento das unidades de significado formaram-se as categorias temáticas centrais e as discussões basearam-se em literaturas referentes ao tema.

5.1 Apresentando as Mães e seus Bebês

Organizamos um quadro geral para a identificação das participantes do estudo, suas características e as de seu RN. As informações foram colhidas através da ficha de entrevista semi – estruturada.

Em respeito à privacidade e direitos do indivíduo lhes atribuímos nomes de árvores frutíferas: Cerejeira, Amoreira, Figueira, Laranjeira, Nogueira.

A escolha de nomes de árvores frutíferas justifica-se pelo fato de, em analogia com a pessoa humana, as árvores, como as mães, nos protegem, acolhem e nos fornecem alimentos para a sobrevivência (ELEUTÉRIO et al, 2008).

Quadro 1: Dados referentes às mães participantes do estudo.

Mãe	Id	Pré natal	Grau instrução	Religião	Trabalho	Moradia	Número Cômodos	Atividades de lazer	Nacion
Cerejeira	32	7	II grau incompleto	Evangélica	Do lar	Emprest.	6	Shopping, bosque, churrasco	Brasileira
Amoreira	34	6	I grau incompleto	Evangélica	Zeladora	Emprest.	5	Shopping, churrasco	Brasileira
Figueira	28	4	II grau incompleto	Adventista	Costureira	Alugada	6	Praça	Brasileira
Laranjeira	34	6	III grau completo	Evangélica	Professora	Alugada	7	Lanchonete	Brasileira
Nogueira	27	6	II grau completo	Evangélica	Do lar	Casa própria	5		Brasileira

Fonte: Pesquisa do autor (2011).

A idade das mães participantes do estudo variou entre vinte e sete a trinta e quatro anos, sendo que todas eram de nacionalidade brasileira. No que se referente aos pré - natais realizados durante o período gestacional houve uma variação dos números entre quatro a sete consultas.

Ao grau de instrução, as mesmas referiram desde EF completo, EM completo/incompleto e ensino superior completo; afirmaram ainda pertencerem a religiões evangélicas.

Em relação à moradia, uma referiu residir em casa própria, duas em casa alugada e emprestada, sendo o número de cômodos variantes entre cinco a sete.

Ao tipo de trabalho: costureira, zeladora, do lar e professora.

Quando questionadas às atividades de lazer que desenvolviam com suas famílias, referiram passeios no shopping, praça, bosque, lanchonete e churrasco, entretanto, uma das mães entrevistadas não fez referencia há nada, justificando pela ausência do esposo que se encontrava em outro estado a fins de trabalho.

Quadro 2: Referentes aos RNBP/prematuro participantes do estudo.

BBP da mãe	Sexo	IG	Peso	Cor	Data de nascimento
Cerejeira	Masculino	29 semanas	1.280 g.	Branco	21/06/2011
Amoreira	Masculino	28 semanas	1.265 g.	Branco	12/06/2011
Figueira	Masculino	29 semanas	1.475 g.	Negro	19/06/2011
Laranjeira	Feminino	31 semanas	1.650 g.	Branco	17/07/2011
Nogueira	Feminino	29 semanas	1.415 g.	Branco	28/07/2011

Fonte: Autor (2011)

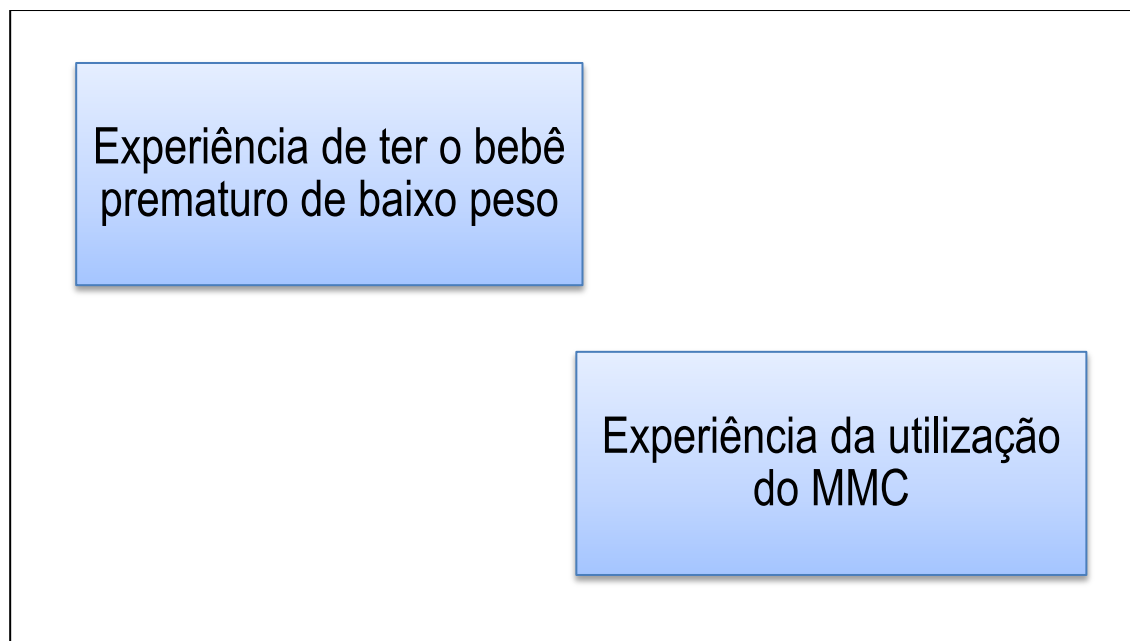
A idade gestacional (IG) dos RNBP/prematuro variou entre 28 e 31 semanas. O menor peso foi 1.265 g. e o maior 1.650 g, sendo estes, três do sexo masculino e dois do sexo feminino.

Com relação à cor dos BBP, quatro eram de cor branca e um de cor negra, sendo nascidos entre os meses de junho e julho de 2011.

5.2 Análise de conteúdo das entrevistas

Esta parte dos resultados é constituída pela análise das entrevistas, com apresentação de trechos das mesmas que compõem as unidades de significado, formando duas unidades temáticas centrais: a experiência de ter o bebê prematuro/baixo peso e a experiência da utilização do MMC. Conforme a figura que segue:

Figura 1: Unidades Temáticas Centrais.

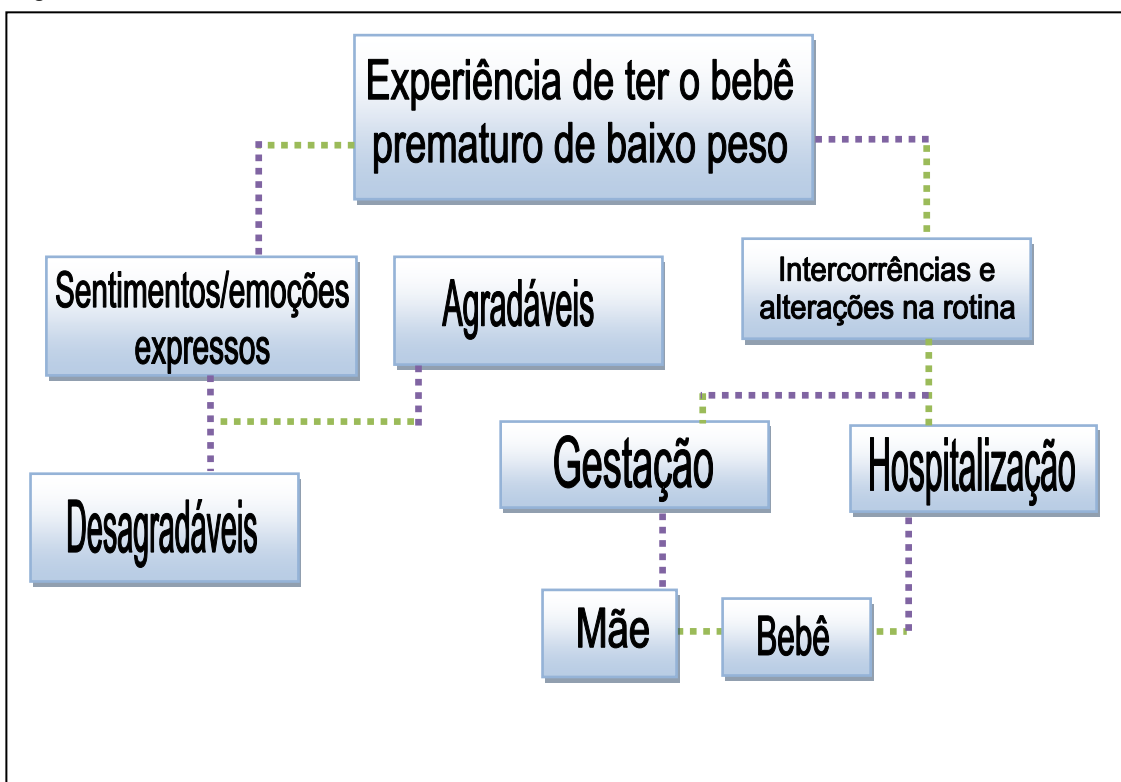


Fonte: Autor (2011)

5.2.1 Unidade Temática Central I: Experiência de ter o Bebê Prematuro de Baixo Peso

A **experiência de ter o bebê prematuro de baixo peso** agrupou duas categorias temáticas: **sentimentos/emoções expressos**, descritos como agradáveis e desagradáveis. **Intercorrências**, que se subdividiram nas subcategorias gestação e hospitalização; ambas referindo-se a mãe e ao bebê; conforme figura seqüencial.

Figura 2: Unidade Temática Central I.



Fonte: Autor (2011).

5.2.1.1 Categoria Temática I: Sentimentos/emoções expressos.

Para Viscott (1982) os sentimentos e emoções os quais vivenciamos é a reação ao mundo que nos circunda, aquilo que sentimos a respeito de qualquer coisa e que reflete nossa história.

Por esta ótica, nesta categoria são apresentados os sentimentos e emoções expressos pelas mães ao experienciarem ter seus bebês prematuramente e/ou serem de baixo peso, sendo que os mesmos apresentam-se como desagradáveis a princípio e agradáveis, sendo este último, os que predominaram. Conforme figura a seguir:

Figura 3: Sentimentos/emoções agradáveis e desagradáveis expressos pelas mães.



Fonte: Autor (2011)

A experiência com a prematuridade e baixo peso, traz consigo uma forte carga emocional a família, em especial à mulher, mãe de um bebezinho biologicamente mais vulnerável do que aquele nascido a termo.

Nos relatos, os sentimentos e emoções que se mostraram presentes inicialmente mediante a esta experiência, foram os desagradáveis.

Podemos perceber pela fala da mãe, o sentimento de **tristeza** pelo referido choro diante da sensação de perda do seu bebê.

"[...] realmente no dia que ele nasceu eu achei que não ia ser desse mundo entendeu? [...] porque na minha cabeça 28 semanas ele não ia viver, eu já cheguei imaginar que ele não ia viver. Quando eu cheguei perto da incubadora eu saí chorando imaginava que ele não ia sobreviver". (Amoreira)

A sensação de morte, de perder o filho de uma gestação inicialmente idealizada como qualquer outra lhe causou um forte impacto.

Diante das condições do nascimento do bebê, a mãe se vê na iminência de perdê-lo e mesmo depois de algum tempo passado, ao mencionar o ocorrido, a mesma se emociona, enchendo os olhos de lágrimas.

Conforme assinala Sales et al (2005), vivenciar o nascimento de um filho prematuro remete as mães vislumbram a possibilidade de morte de seu bebê e essa mesma possibilidade de perda faz emergir, do bojo de seu ser, sentimentos de temor ante essa situação. Assim, sentem em si as próprias dores do filho.

Para a mãe Laranjeira, ver seu bebê na incubadora representou sentimento de **medo**.

"[...] vendo minha filha naquela incubadora, a gente fica pensando mil coisas, com medo de tudo, com medo de acontecer alguma coisa, ter alguma sequela [...]". (Laranjeira)

O medo é percebido como temor pelas várias complicações possíveis da internação do bebê na UTI por conta de sua imaturidade biológica, onde as possibilidades de sequelas estão presentes. A mãe sente medo de inesperadas intercorrências, incluindo ainda, a morte do filho.

Segundo Tronchin; Tsunehiro (2005), em seu estudo sobre a experiência de tornarem-se pais de prematuros, o primeiro contato com o filho na UTIN, desencadeia uma reação de choque, onde a internação representa tristeza e sofrimento, acrescido de medo de perder a criança.

Após o período de permanência do bebê na UTIN, as mães puderam viver um momento de **felicidade** pelo fim do período que para elas representou tanto sofrimento. Neste momento já permaneciam com o BBP prematuro em alojamento conjunto.

"[...] eu to muito feliz, muito feliz, nem todas as palavras do mundo pode dizer o quanto eu to feliz". (Cerejeira)

"[...] essa sensação olha eu vou contar porque gente é muito bom, muito bom". (Moreira)

Após tantos dias de internação, vislumbrar a recuperação e estabilidade de seu BBP prematuro é motivo de muito contentamento. As mães experimentaram uma sensação de felicidade extrema pela sobrevivência e o filho estar saudável e junto dela, e antes, essa sobrevivência era quase que inacreditável e ao mencionarem essa sensação, o sorriso e brilho nos olhos é evidente.

Como mostram Barros; Trindade (2007), em sua pesquisa sobre a maternidade prematura, as mães relatam alívio e alegria, sentidos com o passar do tempo, por ver a recuperação e o ganho de peso dos bebês, onde a vida fora da UTIN traduz aos pais o alívio e a recuperação da criança, registrando que a fase crítica foi superada e agora o caminhar tornar-se-á mais ameno (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005).

Sobre a emoção da **sobrevivência inacreditável**, a mãe relata:

“eu nem imaginava... acredito que o meu menino tá comigo... Deus do céu é... eu olho pra ele assim falo gente do céu ele tá comigo [...], na hora que eu olho pra ele [...] e vejo que ele tá comigo, eu não acredito [...]”. (Amoreira)

Percebemos um turbilhão de emoções agradáveis e ambíguas entre si que se mostram quando a mãe contempla que seu bebê está saudável e junto dela, demonstrando incredulidade e muito contentamento pela sobrevivência do mesmo.

Nesse pensar, Souza; Machado (2008), afirmam que a saúde do bebê é um aspecto importante que se mostra realizada pelas mães ao contemplar que seu filho está saudável. O autor ainda discute o momento de proximidade fora da UTIN da mãe com filho, onde o imaginário se torna real e o idealizado é concretizado, dando fim à expectativa de ter o seu filho em seus braços.

Neste momento, a sensação de **vitória** e muita felicidade pela sobrevivência do seu bebê é relato pela mesma:

“[...] o nome dele é Vitor de vitorioso né”. (Amoreira)

O sentimento referido pela mãe Amoreira representa sua emoção e contentamento pela sobrevivência do filho, por todo período de tensão que ambos vivenciaram desde o momento do parto, onde a complexidade da situação imposta pela gestação de risco e as intercorrências experienciadas, causaram sofrimento.

Nesse momento de felicidade e mesmo nos momentos de angústia enquanto o filho estava na UTI, a religião e a crença em Deus passaram a ser referencia constante, onde a **fé** se evidenciou.

“[...] me agarrei com Deus né que Deus tá presente [...]” (Amoreira)

“o tempo todo pedindo a Deus né pra proteger [...]”. (Laranjeira)

Para enfrentar essa situação vista como tensa e complexa, as mães se apoiaram em Deus. Essa referencia a Ele, representa, segundo Sales et al (2005), a força necessária para atribuir um novo sentido ao seu ser.

Cada mãe demonstrou a seu modo sua crença em Deus. Nas falas seguintes percebemos o **reconhecimento a Ele**:

“Eu falo assim que o meu bebê o Vitor Samuel ele é um presente de Deus porque ele é um vitorioso [...] né, então, meu presente de Deus”. (Cerejeira)

“[...] mas graças a Deus tá aqui, é meu ouro é meu presente [...]”. (Amoreira)

“todo mundo falou que ele não ia viver [choro] os médico falo que ele não ia viver e se ele vivesse [...] podia nascer defeituoso sabe... e quando cê pega ele assim você vê o quanto Deus é maravilhoso sabe [...]”. (Figueira)

Novamente faz-se necessário reportar ao contexto experienciado pelas mães durante a internação do BBP na UTIN. Este período de tempo de sofrimento, envolto por emoções dolorosas as levou a buscar a Deus em sinal de fé e confiança por conta do reconhecimento pessoal de Sua onipotência. Elas reconheceram que somente há vida porque Ele permitiu, e esta onipotência foi descrita quando se referiam ao bebê como um presente e ao quanto Deus é maravilhoso.

O choro demonstrado pela mãe Figueira em seu discurso aparece devido a lembrança da desesperança que demonstravam em relação à sobrevivência de seu filho.

A fala seguinte demonstra a **gratidão a Deus** que foi expressa num momento de conforto emocional, proporcionado pelo alívio da melhora do bebê.

“[...] eu falei, obrigado meu Deus, obrigado por ter nascido perfeito, por tá bem e por ter cuidado tanto dele”. (Figueira)

“[...] sei que é a mão de Deus em primeiro lugar [...] sei que a minha filha é uma bênção, sei que vem de Deus”. (Laranjeira)

O apelo à religião faz com que reflitamos no que a Melgosa (2011), afirma com relação ao sofrimento e a busca a Deus. Para ele, às vezes, emoções dolorosas podem nos levar aos joelhos a fim de buscar a Deus como a mais poderosa fonte de ajuda e apoio. As emoções “positivas” podem trazer um sentimento de satisfação e bem estar; e as “negativas” tendem a provocar dor e angústia.

Bouso; Serafim; Misko (2010), em seu estudo sobre histórias de vida de familiares de crianças com doenças graves, trazem a idéia da importância da crença religiosa e do desenvolvimento da espiritualidade como suporte na situação de saúde e morte e, como enfrentá-las da melhor maneira possível pode aumentar a fé e esperança de cura, trazendo sensação de tranquilidade para enfrentar a adversidade. Segundo os autores, a religião é considerada fator significativo no sistema de crenças relacionadas a saúde e doença, com forte influência nas percepções, atitudes e crenças relacionadas à doença.

Os sentimentos e emoções descritos como agradáveis e desagradáveis, fazem menção não somente ao momento de maior estabilidade do BBP/prematuro junto à mãe, como também aos de instabilidade, quando o bebê ainda estava na UTIN. Contudo, independente de ser o seu bebê de menor peso ou o mais prematuro, todas sentiram a dor e a angústia pelo sofrimento do filho; obviamente que enfrentaram a situação cada uma a seu modo, mas todas mostraram-se intensamente

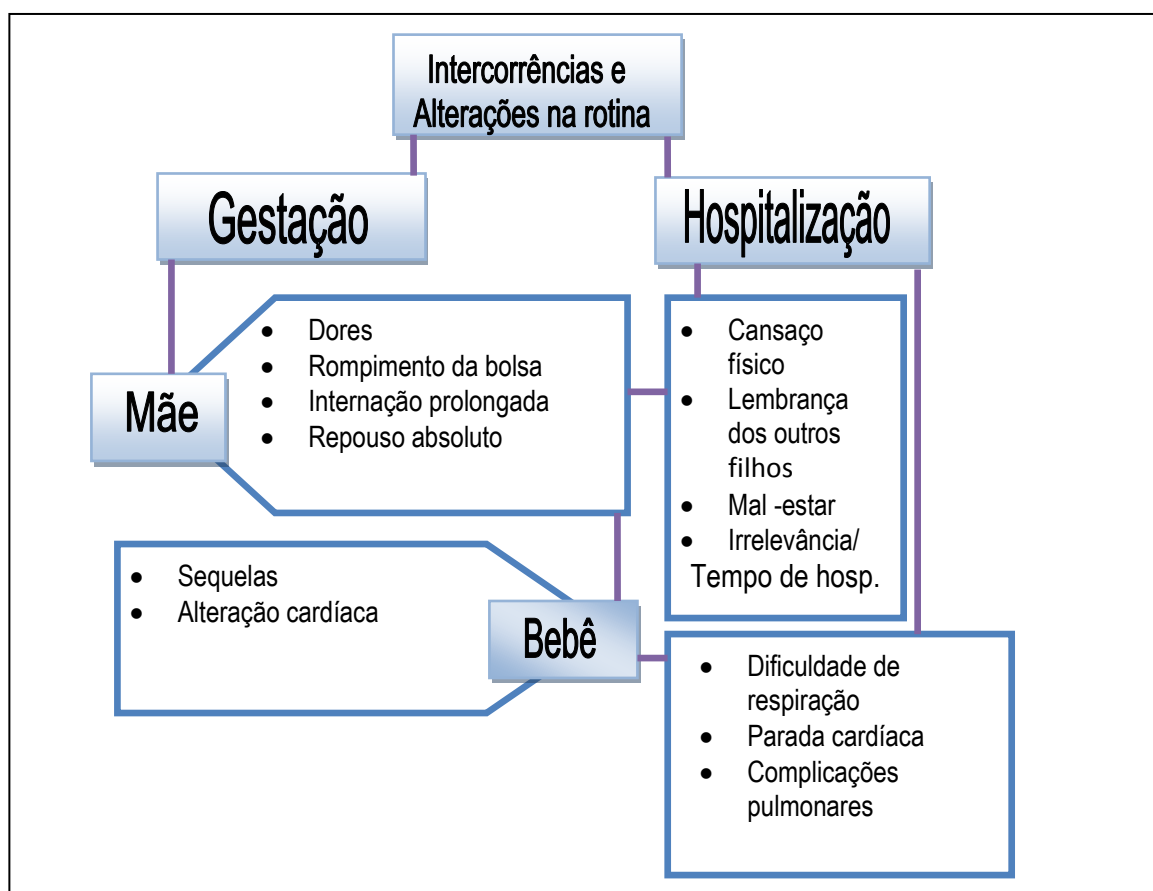
abaladas e posteriormente aliviadas, felizes, gratas a Deus pela vitória da sobrevivência do seu bebezinho prematuro de baixo peso, demonstrando, sobretudo, sua crença em Deus.

Fonseca (2009) corrobora, afirmando que os sentimentos positivos, que a princípio se apresentavam em menor dimensão em relação aos sentimentos negativos, foram se fortalecendo e se tornando mais presentes, enquanto os negativos foram diminuindo ou, pelo menos, sendo enfrentados com mais equilíbrio.

5.2.1.2 Categoria Temática II: Intercorrências e Alterações na Rotina

Nesta categoria, as intercorrências mencionadas pelas mães fazem menção ao período **gestacional**, durante sua hospitalização e após o nascimento, durante a **hospitalização** do filho, representado na figura que segue.

Figura 4: Intercorrências durante a gestação e período de hospitalização.



Fonte: Autor (2011)

A espera de um filho é sempre motivo de muita alegria, sendo acompanhada de mudanças no âmbito familiar. Entretanto, para algumas mulheres, essa gestação que deveria ser um evento biologicamente normal, pode vir acompanhada, por diversos motivos, de intercorrências inesperadas.

Há a dificuldade em avaliar quais os fatores de risco que atingem as gestantes. Isso se deve ao fato de que o conceito de risco associa-se a possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado, normalmente relacionado às variáveis biológicas e/ou psicológicas, como por exemplo, idade maior que 35 anos ou menor que 15 anos; condições ambientais desfavoráveis, dependência de drogas lícitas ou ilícitas, hábitos de vida, entre outros (BRASIL, 2010; SANTOS, 2005).

Para a mãe Laranjeira, sua gestação foi permeada por intercorrências, tornando um período difícil, vivenciado com muitas **dores**.

“A minha gestação não foi fácil, desde o início né, tinha muita dor né, cólicas, dores nas costas, tudo que uma grávida tem eu tinha e mais um pouco.” (Laranjeira)

As intercorrências como dores nas costas, cólicas, foram consideradas como evento próprio da gestação e por este motivo, a mesma, não apresentou grandes preocupações ou fez menção de providências de emergência para atendê-las. Porém deixou subentendido que outras intercorrências também estiveram presentes no período.

Na maior parte dos casos, a evolução da gestação se dá sem intercorrências. Para Brasil (2010), apesar desse fato, trata-se de uma situação limítrofe, onde há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Algumas condições de risco, uma vez identificadas, podem ser tratadas e eliminadas, enquanto outras podem ser controladas, diminuindo seu impacto na gravidez (SILVA; SANTOS; PARADA, 2004).

Dourado (2005), em estudo a fim de compreender os significados da gravidez de alto risco, descreveu que as gestantes, apesar de seus problemas de saúde, referiram os sintomas apresentados, como normais, comuns em qualquer gestação. Essa afirmação também fica evidente no relato da mãe Laranjeira, que apesar das dores nas costas, cólicas e outras intercorrências presentes no período, foram consideradas por ela, eventos próprios da gestação, sem necessidade de procura médica. Silva; Santos; Parada (2004) corrobora com as afirmações, pois para algumas das gestantes de risco de seu estudo, os sinais e sintomas manifestados, também, eram próprios da gestação.

A maioria das mulheres quando estão grávidas se sentem felizes, ficam sensíveis, há um aumento da afetividade, sendo visto por elas, como o melhor momento, representando ainda para

alguns casais, o desejo de conviverem harmoniosamente (FREITAS; COELHO; SILVA, 2006; ESPINDOLA, 2006). Para Souza; Machado (2008), a chegada da maternidade pode ser considerada como um evento especial vivenciado pela mulher, no qual ela reconhece pela primeira vez sua capacidade de gerar uma vida.

Ainda sobre o período gestacional, a mesma mãe se deparou com uma intercorrência que a levou para o hospital. O **rompimento da bolsa** foi considerado uma intercorrência com necessidade de atendimento hospitalar.

*“quando eu tava de 21 semanas de gravidez minha bolsa rompeu aí eu vim pro hospital”.
(Laranjeira)*

Reconhecemos que a situação é complexa. A mãe só considerou que sua gestação não estava normal quando houve a intercorrência do rompimento da bolsa, daí, considerou necessário cuidados especializados.

Para pessoas leigas, o fato de a bolsa romper significa que seu filho irá nascer logo a seguir, o que gera preocupação e medo quando isso não ocorre. (COSTA et al, 2010).

Ir para o hospital buscando recursos médico-hospitalares na situação da bolsa rompida desencadeou alteração de sua rotina, caracterizada por **internação prolongada**, a qual representou para a mãe um período de tempo de **repouso absoluto** capaz de contribuir para melhores condições de sobrevivência de seu bebezinho.

“aí eu fiquei internada é... 27 dias né aqui no hospital deitada só levantava pra poder ir no banheiro, tomar banho. Tempo todo deitada né aí ele até comentava, falava assim que antes eu tomando soro eu internada, deitada, do que ela na UTI né, porque esse tempo ela passaria na UTI a mais. Então um dia na minha barriga seria um dia a menos na UTI”. (Laranjeira)

Percebemos que a internação prolongada em ambiente hospitalar gerou uma alteração na rotina dessa mãe. Essa alteração no seu cotidiano interferiu em seus hábitos de vida, tendo que abdicar do conforto e comodismo de seu lar, afastada do esposo, demais filhos e trabalho, passando a viver exclusivamente em função de sua gestação, agora considerada de alto risco para garantir a sobrevivência de seu bebezinho. Todo este período de internação acompanhado de repouso absoluto foi uma tentativa para manter sua gestação por mais tempo, impedindo assim um parto tão prematuro. Diante do relato, percebe-se também que todo empenho da mãe é em benefício do seu bebê, no sentido de protegê-lo de uma condição de risco ao nascer.

Considerando a necessidade e a opção da mãe em permanecer no espaço hospitalar, percebe-se que essa nova situação exige que ela se desprenda do seu cotidiano, do qual já tinha domínio,

para vivenciar uma nova cotidianidade, adaptando-se a uma dinâmica delimitada pelas normas e rotinas institucionais. Esse afastamento do convívio familiar a faz sentir-se privada das relações de carinho e afeto dos filhos e do companheiro (DITZ; MOTA; SENA, 2008).

A possibilidade de um parto antecipado rompe com o sonho de ter um filho no tempo normal, livre de intercorrência, uma vez que as condições físicas decorrentes de patologias maternas ou relacionadas com a gravidez interferem no processo gravídico podendo resultar em hospitalização (SILVEIRA et al, 2005). De acordo com Costa et al (2010), nenhuma mulher deseja, nem está preparada, para invés de ter uma gestação tranqüila, tenha de ficar internada na possibilidade de perder seu filho.

Para Dourado (2005), fica claramente exposto que a grande preocupação dessas mulheres é em relação à vida de seus filhos e à integridade física deles, sua formação e saúde. A autora ainda infere o repouso no leito como atitude que pode evitar ou amenizar possíveis problemas, especialmente para o feto.

No relato seguinte, a mãe exterioriza a possibilidade de **sequelas** por conta da imaturidade do filho.

"[...] tinha risco, tinha risco dela ficar na barriga e tinha risco se ela nascesse, se ela ficasse na barriga teria o risco de ter alguma infecção né e se ela nascesse por ser muito prematura teria o risco de acontecer várias coisas, sequelas várias coisas [...]". (Laranjeira)

Subentende-se que a probabilidade de risco na barriga e possíveis sequelas após o nascimento, foram apresentadas a mãe Laranjeira pela equipe profissional que a atendeu

A intercorrência mais traumática e dolorosa para a mãe seria a morte de seu bebê. Entretanto, existia a probabilidade de melhora crescente após o nascimento, com cuidados especializados na UTIN, mas existia ainda as possibilidades de prováveis sequelas provenientes deste nascimento de risco. Nesse pensar, Dourado (2005), afirma que nessas condições de risco, a gestação expõe tanto a mãe quanto o bebê, inclusive, ao risco de morte.

Para Gaíva; Ferriani (2001), a preocupação que as mães exteriorizam não é só no aspecto do cuidado com o corpo frágil, mas também, o medo da criança ter complicações graves.

No experimentar da gestação a essas mães, as coisas não aconteceram como eram previstas. De modo geral, para Campos et al (2008), os pais esperam uma criança bonita, saudável, motivo de felicidade" e a necessidade do parto prematuro, rompeu com esta idealização.

A **alteração cardíaca** relacionada ao bebê da mãe Laranjeira se manifestou por sua imaturidade, um agravante peculiar da gestação de risco necessitando recorrer ao parto prematuro.

"[...] o coraçãozinho dela começou a acelerar daí tiraram ela né [...]". (Laranjeira)

A presença de manifestação de insuficiência cardíaca fetal indica a necessidade de terapêutica urgente, devido à alta mortalidade que os caracteriza quando não são tratados, exigindo adequado ambiente hospitalar (LIELINSKY, 1996).

Após o nascimento e o longo período de internação do bebê na UTIN e agora, em alojamento conjunto, reconhecemos o **cansaço físico** das mães.

"[...] passou, não foi fácil né, mas eu pensava todo minuto assim nela menos tempo possível na UTI [...]" (Laranjeira)

"[...] ele ficou 45 dias na UTI e agora a gente já tá 9 dias aqui, eu to tão cansada (choro)... tem mais dois filhos em casa (choro)...". (Figueira)

No discurso da mãe Laranjeira, percebemos que foi um período dificultoso. Nesse momento, em sua fala, percebemos alívio por algo que representou dificuldade e que ficou no passado e o quanto o amor materno é favorável ao filho.

A expressão da mãe Figueira, ao falar do seu cansaço físico confirmou seus sentimentos desagradáveis diante da situação. As lágrimas rolavam por sua face, o choro fez-se muito presente, sua voz mal saía e neste momento fez uma longa pausa, até que conseguisse voltar a falar. Apesar do cansaço, ao **lembrar-se dos filhos** que estavam em casa, percebemos sua angústia.

A idéia da maternidade tem sua expressão maior no amor pelo filho, sempre inquestionável e inerente à condição de mãe, gerando necessariamente alegria e satisfação e sempre sendo o lastro principal dessa relação (STASEAVSKAS, 1999).

Para Dittz; Mota; Sena (2008), a permanência, muitas vezes prolongada, no espaço hospitalar adicionada à vivência da situação de risco contínua dos filhos impede a mãe de cuidar de si própria e atender as suas necessidades como alimentação, repouso e sono, manifestando sinais evidentes de cansaço físico e mental.

Mesmo no momento de dificuldade que estava vivendo, a única coisa existente para a mãe Figueira, era à vida em seu filho, sendo insignificante para ela sua própria debilidade, sendo, portanto **irrelevante o tempo de hospitalização**.

"[...] eu vou ficar aqui bastante tempo mais eu vou levar ele embora é o que importa". (Figueira)

A dificuldade da situação traz várias implicações às mães. Ela se sente dividida entre atender as necessidades do filho doente, as demandas da família e às próprias necessidades (DITZ;

MOTA; SENA, 2008), no entanto, segundo Cunha (2000), parece haver uma força que move estes pais a superarem dificuldades para permanecer com o filho no hospital.

São internados na UTIN RNs acometidos por uma diversidade de patologias tais como: problemas respiratórios, cardíacos, metabólicos e especialmente recém-nascidos prematuros (CAMPOS et al, 2008). Pode acontecer além de serem RNPT, serem BBP ou ambos e, ainda vivenciarem tais situações traumáticas e dolorosas as quais causam dor e sofrimento ao bebê e a sua família.

Este nascimento coloca em risco a vida extra-uterina devido à imaturidade dos órgãos e há um elevado risco de morbimortalidade neonatal (GAÍVA; FERRIANI, 2001).

Comuns à situação e advindos da prematuridade por não alcançarem ainda a maturidade dos órgãos, a **dificuldade de respirar por complicações pulmonares** levou a uma alteração, que surgiu na fala da mãe Laranjeira.

"[...] ela foi direto pra UTI, ela tava com dificuldade de respirar [...] no dia que ela foi pra UTI, de madrugada deu um probleminha no pulmão dela [...], tiveram que drenar o pulmão, colocaram respirador, tava com soro, assim, tinha várias coisas". (Laranjeira)

Essa alteração fez com que a utilização de vários aparelhos fosse necessário para melhora e estabilidade do quadro da criança. A mãe relata **mal estar** ao ver seu bebê nessa situação.

"ter visto minha filha naquela situação, principalmente no começo no primeiro dia, minha pressão baixou, passei mal de vê ela, não queria ver minha filha sofrendo né, tão pequenininha né com menos de 2 kilos, aquele monte de aparelho né". (Laranjeira)

O mal estar referido pela mãe demonstra estranheza por algo que não é próximo de sua realidade e a forma como se referiu a seu bebê, a identificando como *pequeninha*, é visto segundo Moura; Araújo (2005), como forma de minimizar seu impacto emocional.

No cotidiano de trabalho de uma UTIN, percebe-se que os pais reagem de maneiras diversas ao internamento de seu filho. Os equipamentos necessários para manter a vida de um RN na UTI neonatal podem causar sentimentos de tristeza, sendo que esta tecnologia utilizada, os aparelhos e equipamentos, muitas vezes assustam os pais (MITTAG; WALL, 2004).

Para Barros; Trindade (2007), que reforçam essa afirmação, a UTIN aparece como espaço emblemático da morte. Em seu estudo, as mães relatam sentirem angústia de verem seu filho tão pequeno e frágil utilizando aparelhos desconhecidos. Os autores ainda inferem que a não familiaridade com tais aparelhos, somado a não compreensão do estado clínico dos RNs por parte de algumas mães, tornava a situação mais ameaçadora.

A mãe seguinte relata **complicação pulmonar** seguida de **parada cardíaca** em seu bebê, alguns dias após o nascimento.

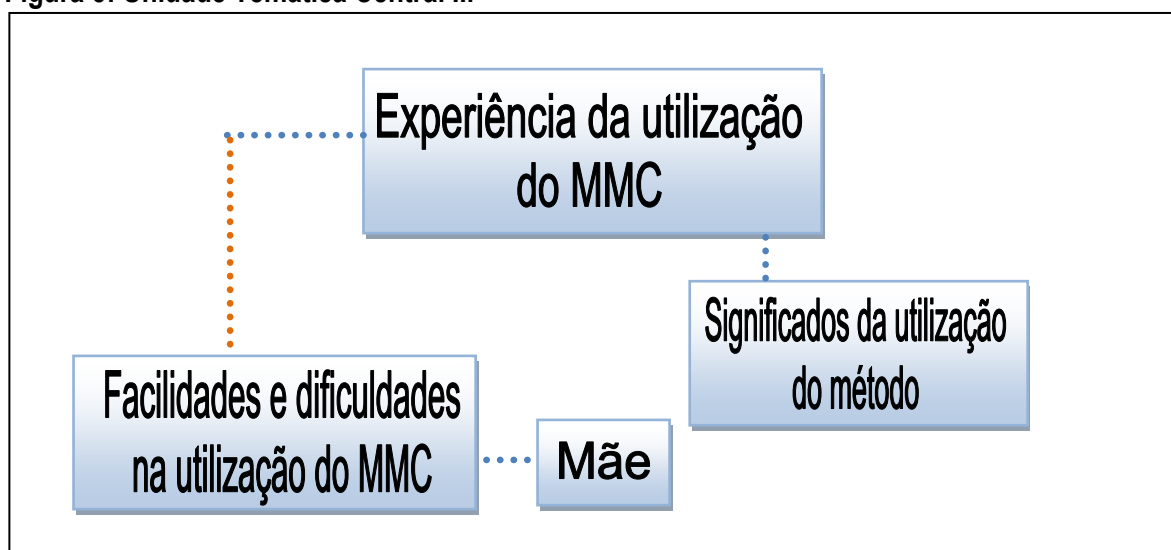
“Em uma semana que ele nasceu, o pulmão dele estourou e... encheu ele de ar né [...] quando o pulmão estourou, ele teve uma parada cardíaca (choro)... aí ela (médica) falou que ele demorou pra voltar (choro)...”. (Figueira)

Quando houve essa intercorrência com o bebê da mãe Figueira, o mesmo estava na UTIN. Ao relatar o ocorrido, novamente o choro se fez presente. Ela se emocionava muito ao recordar de tudo o que havia passado com seu filho e todas as intercorrências. Neste último discurso, além das lágrimas, fazia pausas em sua fala para poder recuperar-se e ainda olhava para seu filho que estava no berço ao lado de seu leito. Entretanto as lágrimas foram observadas não como medo pela morte do filho, pois neste momento ele já estava bem, mas sim como um desabafo de gratidão por estar vivo, com saúde e junto dela.

5.2.2 Unidade Temática Central II: Experiência da utilização do MMC

A unidade temática, **Experiência da utilização do MMC** agrupou duas categorias temáticas: **Significados da utilização do método** e **facilidades e dificuldades na utilização do MMC**; conforme o esquema que segue.

Figura 5: Unidade Temática Central II.



Fonte: Autor (2011)

5.2.2.1 Categoria Temática I: Significados da utilização do método

Ao ser privadas de exercer o cuidado concreto ao filho recém nascido, as mães vivem uma experiência marcada por enorme carga emocional onde o vínculo e a compreensão do papel materno construído a partir desse cuidado com a criança sofre uma ruptura.

Neste contexto, são apresentados os significados da utilização do Método Mãe Canguru pelas mães ao vivenciarem a maternidade através do mesmo, que por sua vez expressa sua força transmissora de significados, exprimindo de maneira sensível gestos e pensamentos significativos sempiterno.

Figura 6: Significados da utilização do MMC



Fonte: Autor (2011)

Para Campos (2008), o MMC encarrega as mães do cuidado com seus filhos proporcionando assim maior contato com o bebê.

Esse contato levou a mãe Amoreira ao sentimento inicial de **medo**.

Bom... realmente acho que logo que eu cheguei que eu peguei ele no colo eu tive um pouquinho de medo vou ser sincera [...] porque a gente olha uma criança [...] assim tão fragilzinho né, tão pequenininho, pra tudo parece que vai machucar, parece mas não é, realmente são umas criança forte [...]". (Amoreira)

O medo inicial demonstrado pela mãe Amoreira estava calcado à fragilidade e pequenez de seu bebezinho.

A maturidade de mulher, mãe de um bebezinho ainda imaturo biologicamente, fez perceber tamanha fragilidade que o permeava e ao mencioná-lo como pequenininho, fragilzinho, estava apenas expressando seu desejo em tornar a situação menos tensa, mais delicada, atenuando seu medo.

Reforçando nossa afirmação, Moura; Araújo (2005), afirmam que a forma diminutiva de alguns termos, são recursos utilizados para minimizar o impacto emocional das experiências descritas e regular o contato das mulheres com a realidade vivida no hospital.

Para Mittag; Wall (2004), muitos pais sentem medo de tocar seu filho pela primeira vez, pois estes são pequenos e frágeis.

A maternidade, muito valorizada perante a sociedade para a formação da identidade da mulher, é construída essencialmente a partir do cuidado concreto da mãe para com o filho (MOURA; ARAÚJO, 2005). O nascimento prematuro e conseqüente privação em exercer a maternidade antecipada e, com o fim abrupto de fusão com o bebê, acontece uma transição marcada pelo luto do bebê imaginário/idealizado e a adaptação ao bebê real (BRASIL, 2009).

Posteriormente a este luto e a adaptação às condições imaturas de seu RNBP prematuro, cuidá-lo no método canguru representou para a mãe Cerejeira, uma **experiência emocionante** proporcionada pelo contato pele a pele, onde refere ainda sentir-se **especial e presenteada** por estar com o filho nos braços.

"A experiência foi muito emocionante é... depois de tantos dias dentro d'uma incubadora, a gente sentir a experiência assim de pegar, pele a pele, assim foi muito emocionante [...] Eu me senti muito especial, muito especial por tá com meu bebê. Foi um presente mesmo tá com ele assim nos meus braços, acalentando no meu peito, pele a pele, foi assim muito emocionante". (Cerejeira)

Essa experiência foi vista como emocionante devido ao contato pele a pele da mãe com o filho, que até então, lhes era privado, devido ao fato do BBP prematuro permanecer na incubadora.

Segundo Oliveira; Goulart (2010), em seu estudo sobre a enfermagem vivenciando a percepção dos pais sobre o método canguru, os mesmos, no momento, até choraram, não conseguindo explicar a emoção de poder tocar no filho; outros tiveram medo, angústia, sensação de culpa por vê-los naquela situação.

Pensado nas mães que foram privadas de exercer sua maternidade devido ao fato de permanência do filho na UTI, experimentar o método canguru, representou ainda, a **concretização do nascimento**.

"[...] é mesma coisa que tivesse nascendo ali, você coloca no peito [...] acabou de nascer pra mim. Daí da primeira vez que você vai pegar... é a mesma coisa que tivesse nascendo ali né [...]". (Amoreira)

A proximidade com o filho prematuro favoreceu essa troca de afetividade e vínculo que a maternidade traz consigo. Depois de tantos dias sendo necessária a separação entre o binômio mãe/filho, poder pegá-lo e pôr no peito como mamãe canguru, representou sentir o bebê pela primeira vez como seu filho, sendo compreendido por ela, como a concretização do nascimento.

A maternidade é considerada por Borlot; Trindade (2004), como uma realização para a mulher, sendo na maioria das vezes, vista como parte da estrutura identitária da mesma, além de ser muito importante para ela, porque segundo relato de seu estudo, o bebê "sai de dentro dela". Para Furlan Scochi; Furtado (2003), "o canguru foi apreendido pelos pais como possibilidade imaginária de retorno do prematuro ao ventre materno, onde o bebê poderia crescer e se desenvolver, completando a gestação interrompida".

Pesquisa realizada por Eleutério et al (2008), afirma que o vínculo afetivo entre mãe e filho é evidenciado e considerado fator de relevância na recuperação do bebê. Nesse sentido, a compreensão da linguagem não-verbal do bebê, o toque, o calor humano e o carinho ofertados pela mãe permitem afirmar que não seria possível a cura completa do filho sem esses elementos, que devem ser tidos como essenciais.

O MMC é visto pelas mães Figueira e Laranjeira como a **concretização da maternidade**. As mesmas relatam:

"[...] bom, o primeiro contato foi o momento que ele sente que você é a mãe dele, parece que ele já te conhece a tanto tempo". (Figueira).

"[...] aquela vontade de pegar, aquela vontade de cuidar, aquela vontade de tá perto de poder proteger ela, parece que naquele momento foi que eu pude fazer né, eu tive aquele momento [...]". (Laranjeira)

Para a mãe Figueira, o primeiro contato pele a pele foi visto como reconhecimento recíproco do vínculo afetivo entre o binômio.

A mãe Laranjeira por sua vez, confirma a afirmação de Borlot; Trindade (2004), já mencionada à cima, em que a maternidade é vista como realização para a mulher, pois conforme

percebemos em seu relato, somente a partir do contato pele a pele proporcionado pelo MMC que ela pode ter um momento com o filho, sentindo realmente que estava exercendo seu papel de mãe com a criança.

Scochi et al (2003), em seu estudo sobre o incentivando o vínculo mãe e filho em situação de prematuridade, menciona que o método canguru é visto como estratégia para o aumento da lactação materna, favorecendo o estabelecimento do vínculo e o apego. As mães de seu estudo ainda inferem que se sentiram mais confiantes em exercer o cuidado com o filho depois de experienciarem o MMC.

Desde o nascimento do bebê, sendo eles prematuros e de baixo peso, mãe e filho foram separados. Ao colocá-lo no peito pela primeira vez depois de tantos dias após o nascimento, o sentimento da mulher em exercer sua maternidade antes interrompida; foi resgatada pelo MMC, onde puderam cuidar do seu filho, dar-lhe carinho e acalantar em seu peito. Esse momento representou significativamente uma **experiência prazerosa e inesquecível**.

“Pôr aqui, pôr o tal do canguru... nossa é... é mais do que pega [...] parece que o bebê tá dentro de você, só não na barriga exatamente mas tá mais em si... é uma sensação que ele tá... porque assim conforme as menina ponha o bebê na posição da bundinha assim elas fala que é como o bebê tivesse na minha barriga né... então foi uma experiência que eu acho que nunca vou esquecer... o tal do canguru”. (Nogueira)

“[...] eu me sentia a melhor mãe do mundo (risos) foi tudo de bom ixi, muito bom mesmo não vou esquecer nunca, foi muito bom, muito bom mesmo”. (Amoreira)

“[...] foi uma emoção muito grande que foi pro resto da vida, nunca vou esquecer”. (Cerejeira)

Percebemos que esse momento fazendo o MMC, na visão delas, foi de caráter duradouro, as quais guardarão a experiência para sempre. Demonstraram nos discursos uma emoção comovente, muita felicidade e contentamento. Podemos afirmar ainda, que essa experiência foi capaz de resgatar a identidade materna dessas mulheres.

No discurso da mãe Amoreira, o contentamento e entusiasmo foram tanto, que neste momento, seus olhos transmitiam um brilho de felicidade tão grande que contagiou as pessoas que estavam ao seu redor fazendo com que sorrissem junto, e com ela, compartilhando esse sentimento tão prazeroso quanto foi para mesma, sentir o contato pele a pele com o filho proporcionado pelo método canguru.

Normalmente o bebê nascido a termo, quando a situação é favorável logo ao nascer, tem mais chance em geral de um contato maior com o corpo e o calor de sua mãe, seu leite, sua voz, seu toque, seus braços envolvendo seu corpo; é consolado quando chora e recebe carinho e afeto da mesma. O bebê pré termo por sua vez, com a separação brusca de sua mãe, devido ao seu estado que inspira cuidados, será privado de tudo aquilo que um bebê nascido a termo recebe. No lugar de cuidados

maternos e paternos, necessita de procedimentos invasivos; ele sente o odor dos tecidos da incubadora e não o cheiro do corpo de sua mãe; não sente calor nesses tecidos; leva mais tempo para sentir o cheiro de seus pais e escutar novamente a voz deles (BRASIL, 2009), bem como a mãe, que fica privada de oferecer seu carinho, calor do seu corpo, amamentar e sentir o cheiro do corpo frágil de seu bebezinho. Pensando nisso, Campos et al (2008), afirma que experimentar o método canguru parece ser suficiente para que estas mães possam realmente estar melhor apesar da situação vivenciada.

Podemos perceber no discurso seguinte o quanto o método canguru foi favorável para o resgate do vínculo entre o binômio, fortalecendo a **formação do vínculo** e oportunizando essa aproximação.

“[...] quando eles tão lá na incubadora eles se sente um pouquinho abandonado né [...] e a partir do momento que tem esse vínculo né da mamãe canguru, eles se sentem de novo protegido né, então assim, foi muito bom [...]” (Laranjeira)

Diante da situação, o tempo de permanência de seu bebê na incubadora, foi comparado pela mãe Laranjeira como um período em que o bebê se sente abandonado, pois estão distantes dos cuidados da mãe, o que para ela, significou, sentir seu RN desprotegido e sozinho e, por meio do contato pele a pele proporcionado pelo MMC, restabeleceram esse vínculo de afeto.

Scortegagna et al (2005), afirmam que as manifestações corporais, visuais, vocais e faciais são fundamentais no processo interativo mãe-bebê e por meio dessas modalidades de contato, que o neonato e sua mãe, estabelecem a trama dos vínculos afetivos. Reforçando essa afirmação e evidenciando quanto o MMC é benéfico, Cruviel; Macedo (2007), em seu estudo sobre a interação mãe/bebê pré-termo e mudança do estado de humor, fizeram um comparativo com as mães que utilizaram e as que não utilizaram o MMC durante visita ao filho na UTIN. Com base nos achados de seu estudo, perceberam que as mães que participaram do MMC relataram experiências mais agradáveis do que as mães que visitaram seu bebê na incubadora, tendo contato visual ou tocando-os apenas com as mãos. Para os autores, as mudanças de humor observadas nos dois grupos de mães após o contato com o bebê, são justificadas em função do tempo médio que a mãe passa com o bebê durante a visita. Inferem que em média, as mães canguru permanecem em contato pele a pele com o filho por 97 a 13 minutos, enquanto que as mães de atendimento tradicional permanecem do lado da incubadora, em média, 52 a 63 minutos. Diante disso, perceberam que a duração do contato com o bebê foi maior para as mães do MMC, as quais relataram aumento na intensidade do vínculo e sentimento de proximidade com o filho.

Nos discursos abaixo, percebemos como o método canguru proporcionou **prazer** às mães evidenciando nesse momento o sentimento de **supervalorização da maternidade**.

"[...] a gente se sente assim mais do que mãe na verdade até parece que tá protegendo a criança né... e mãe é um pouco disso também né, protege na hora de dá carinho, na hora de amamentar, na hora de..." (Laranjeira)

"Foi uma sensação maravilhosa [...] no momento assim que você pega no colo e coloca no peito ah é muito bom menina, é uma sensação incrível, realmente é... ai você tá em outro mundo". (Amoreira)

O método proporcionou um significado intenso de prazer maternal demonstrando que ser mamãe canguru é transcender o real da maternidade, é ir além da proteção reconhecida como normal, colocando a maternidade num patamar de superioridade de proteção e cuidado. Essa sensação diz respeito ao momento em que sentiram, literalmente, o seu bebê na posição da mãe canguru. A sensação agradável foi tanta que proporcionou a elas muito mais do que bem estar, evidenciou uma melhora emocional que proporcionou maior equilíbrio as mesmas.

Para a mãe Laranjeira, ser mãe, significa proteger e sentir-se protegendo a criança em todos os momentos, inclusive, nos momentos de demonstrar carinho, como, em seu próprio exemplo, na hora de amamentar.

Ao nascer um RNPT ou com baixo peso, este é levado para longe da mãe, para um tratamento intensivo que possibilite sua recuperação. No entanto, essa separação causa danos tanto para o bebê quanto para a mãe, uma vez que a relação de apego e estado emocional ficam abalados (FERREIRA; SILVEIRA, 2003). Para Tamez (2009), o MMC proporciona uma importante melhora no estado emocional e fisiológico, que ajudam a equilibrar o estado da puérpera no pós-parto. Contudo, o apego não é algo instantâneo, mas sim um processo que se desenvolve com o tempo e que precisa de mecanismos que garantam a sua sobrevivência (FERREIRA; SILVEIRA, 2003). Diante disso, segundo Campos (2008), o MMC encarrega as mães do cuidado com seus filhos proporcionando assim maior contato com o mesmo favorecendo o vínculo de afetividade e apego entre o binômio.

Por outro lado, percebemos demora da mãe Nogueira em realizar o método canguru, a qual, entendemos sentir **insegurança**, inicialmente em pegar o bebê no colo, por conta de sua fragilidade e pequenez.

"[...] as menina tinha me pedido já umas duas vezes, você faz o canguru? Então tá bom... o tempo passa daí quando cê vê já passou o dia e não fiz e tinha que ser de dia, daí eu peguei... não, vou fazer a noite... daí a noite eu resolvi, eu ranquei a blusa e resolvi colocar... nossa foi muito maravilhoso, eu não imaginava assim o... o jeito de por, o jeito de ficar [...] então as menina ficou [...] cê tá com uma cara de boba, eu falei, mas foi muito bom ficar com ela assim, eu nem imaginava [...]". (Nogueira)

Em seu discurso, quando refere à sensação maravilhosa que foi realizá-lo, expressões de felicidade são demonstradas, pois a mesma fala com sorriso nos lábios e entonação de voz com contentamento.

A referência que a mesma faz à *meninas*, diz respeito a equipe de enfermagem que assistia essa mãe e seu bebê. Percebemos que a participação da equipe propôs iniciativa para a realização da mãe canguru e fez-se presente, mesmo havendo resistência devido à insegurança, por parte da mãe.

Para Costa et al (2009), o MMC fundamenta-se na qualidade de vida e sobrevivência orgânica dos prematuros e/ou baixo peso. É um método simples, eficaz e de baixo custo, que através do contato pele a pele, ajuda no desenvolvimento do RN.

No discurso da mãe Laranjeira, percebemos a participação da **equipe de enfermagem** ensinando a posição da mãe canguru. A mesma relata:

"[...] a enfermeira me ensinou né o método mamãe canguru já ouvi falar, já tinha visto na televisão, mas não pensei que eu ia passar por isso... então assim, [...] a enfermeira falou de todos os benefícios que tinha né, mas a gente sentir isso é diferente [...]". (Laranjeira)

Percebemos que receber orientação sobre o MMC foi significativo para a mãe, pois lhe possibilitou experimentar uma sensação não imaginável de apego ao pegar o bebê e colocá-lo na posição da mãe canguru.

Ferreira; Vieira (2003), ao analisarem o apego, observaram que este, é um relacionamento entre duas pessoas e que as mantém unidas ao longo do tempo, uma vez que neste relacionamento há trocas e suprimento de necessidades emocionais e físicas que são de suma importância para o indivíduo. Para o autor, diante do quadro que pode vir em consequência da hospitalização do RN a equipe que assiste essa díade deve intervir a fim de prevenir ou amenizar a separação, ajudando para que o relacionamento de apego não se desestruture, podem ainda intervir por meio de medidas capazes de amenizar o estresse, como, explicar aos pais todo equipamento envolvido no cuidado com o filho, incentivar a tocarem no RN, envolvê-los nos cuidados básicos e, posteriormente nos mais complexos. Para Brasil (2009), a equipe de saúde tem ainda por atribuição específica orientar a mãe e a família em todas as etapas do método, oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos, treiná-los e orientar a família na hora da alta hospitalar.

Segundo Costa et al (2009), a equipe de saúde é vista como articuladora do sucesso do MMC, sendo necessária a capacitação contínua dos profissionais para contribuir com êxito nessa assistência humanizada e com alta qualidade aos RNs. Entretanto, para Neves et al, em seu relato de experiência, realizado em 2006 sobre a assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou baixo peso, alguns profissionais têm mostrado resistência ao método, possivelmente porque o MMC contradiz o

modelo convencional de atendimento neonatal em defesa da supervalorização da tecnologia necessária. Para o autor, essa tecnologia é imprescindível, contudo, não deve substituir o humano e o familiar.

Nos momentos os quais eram percebidos o quanto o método significou algo às mães, podemos destacar a fé de uma delas. A **certeza da presença ajuda e fidelidade de Deus** se faziam muito presente em seu discurso. Quando questionada sobre o que sentiu nesse período durante a utilização do método canguru, a mesma relatou:

“a... eu senti a presença de Deus sabe a confirmação de que Ele sempre tá do nosso lado, que Ele nunca abandona e Ele fala que Ele é fiel e eu pude comprovar isso naquela hora, que Ele tava comigo”. (Figueira)

Mais adiante, a mesma demonstra **gratidão a Deus** em sinal de alívio por estar com o filho no peito, na posição da mãe canguru, sentindo o corpo frágil do bebezinho, sua respiração e, no entanto, vê-lo saudável, perfeito, sem sinais de sequelas.

“[...] quando cê pega ele assim você vê o quanto Deus é maravilhoso sabe, de sentir o cheirinho dele, aí ele ficou quietinho assim aí dava pra sentir a respiração, aí eu falei obrigado meu Deus, obrigado por ter nascido perfeito, por tá bem e por ter cuidado tanto dele”. (Figueira)

Podemos entender que a religião para ela fez-se referência constante não só neste momento de contato com o filho no MMC, mas durante todo o tempo cronológico de internação do RNBP prematuro na UTIN, onde ocorriam procedimentos invasivos e cuidados que estavam sendo realizados pela equipe médica. Ao pegar o filho nos braços ela sentiu realmente que Deus havia estado com ela, lhe dando força para suportar a situação e gratidão por Ele ter protegido seu bebê. A mãe Figueira durante toda a entrevista revelou muita emoção exteriorizada no choro, onde as lágrimas teimavam em rolar.

Em relação ao apelo religioso, Sales et al (2005), afirma que a recuperação progressiva de seu bebê faz emergi-las em suas angústias, vislumbrar novos horizontes e ao transcender esse estado de angústia suscitado por ter gerado um filho prematuro, as mesmas encontram na esperança, a força necessária para atribuir um novo sentido ao seu ser.

A mãe Figueira ao final de seu discurso nos remete à reflexão de que experimentar o método mãe canguru, seja uma **esperança** para aqueles que passam pela mesma situação de ter seu filho prematuro de baixo peso na UTIN.

“Pra nós que sofre ali na UTI uma, uma oportunidade de ficar assim próxima do neném com mãe canguru é uma oportunidade única sabe, uma luz no fim do túnel, é maravilhoso, acho que todo mundo devia experimentar fazer porque é maravilhoso”. (Figueira)

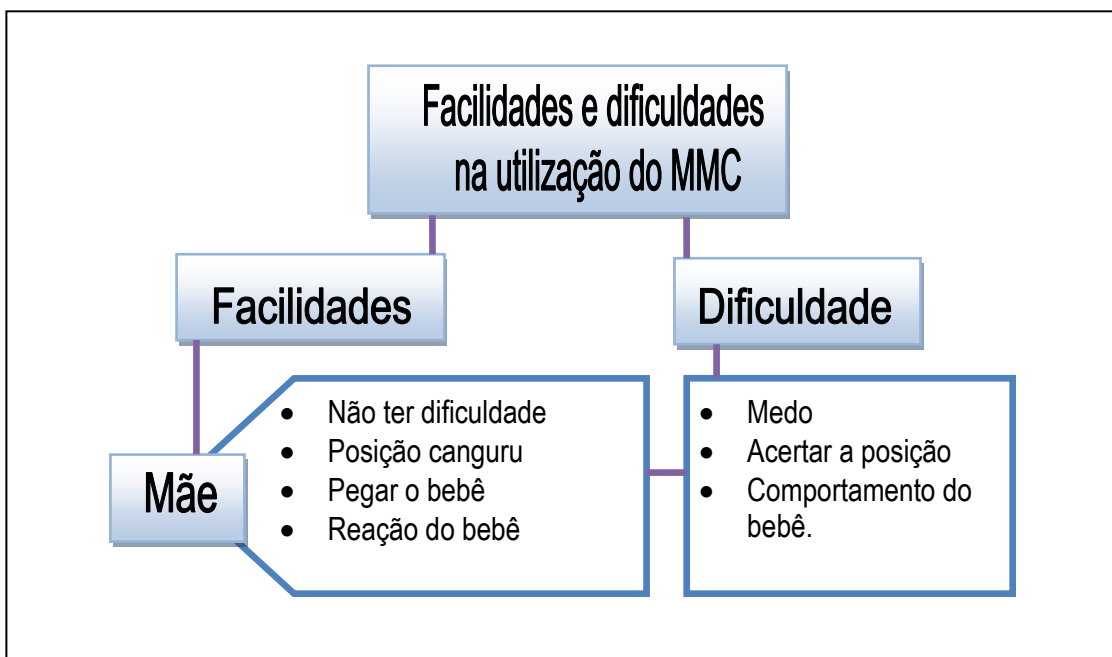
No pensar de seu discurso percebemos o quanto o MMC foi significativo para ela, pois representou um fio de esperança, “*uma luz no fim do túnel*”, como ela mesma afirma. Trata-se de uma experiência de emoções intensas às mães que utilizam o método. Diante disso, percebemos também, que não é somente o ato de fazer o método canguru que a faz sentir tamanha emoção, mas o contexto singular de mulher na experiência de ser mãe de um bebê prematuro recém nascido e de baixo peso que necessitou cuidados especializados na UTIN. Esse contexto intensificou ainda mais esse momento de vivência com o MMC, pois a princípio foram privadas de exercer sua maternidade, a qual, posteriormente foi resgatada pelo contato pele a pele da mamãe canguru, a qual agiu efetivando o vínculo entre o binômio mãe/filho.

5.2.2.2 Categoria Temática II: Facilidades de Dificuldade na utilização do MMC

O MMC trata essencialmente do cuidar tendo em vista que as mulheres são cuidadoras primárias da criança (TOMA, 2003).

Neste pensar, são apresentadas para esta categoria as **facilidades e dificuldades na utilização do método** relativo à mamãe participante do canguru no cuidado ao seu bebê de baixo peso prematuro; conforme figura sequencial.

Figura 7: Facilidades e dificuldades na utilização do MMC



Fonte: Autor (2001)

Ser mãe canguru exprime uma experiência singular a cada participante, pois cada uma reage de forma diferente a situações semelhantes, bem como sua maneira de demonstrar suas dificuldades.

Para a mãe Cerejeira e Amoreira a utilização do MMC **não trouxe nenhuma dificuldade.**

“Particularmente eu não tive dificuldade nenhuma porque ele já é meu segundo bebê então assim falar que eu tive dificuldade eu não tive não”. (Cerejeira)

“[...] dificuldade acho que nem... nenhuma [...]”. (Amoreira)

Para uma das mães, o fato de não ser o seu primeiro filho representou não ter dificuldade, mesmo sendo este tão pequeno. Ao referir que era seu segundo bebê, não estava se referindo ser o segundo RNPT ou baixo peso, mas sim, ao fato de não ser primípara. A mesma demonstrou confiança no cuidado ao filho, percebido tanto em sua fala, como ao observá-la com o bebê. Vale ressaltar que o seu filho era um dos que apresentou menor peso ao nascer.

Para Campos et al (2008), as mães que participaram de seu estudo sobre a vivência no método canguru, relataram se sentirem confiantes devido a participação ativa no método. Segundo o autor, dez das treze mães entrevistadas, afirmaram não ter tido nenhum problema e/ou dificuldade em participar do canguru. As outras três relataram ter alguma dificuldade como, por exemplo, a saudade de casa e a preocupação com outros filhos.

A mãe Laranjeira, quando questionada sobre quais teriam sido suas dificuldades em realizar o método, também afirmou não ter encontrado.

“Nenhuma... nossa, desde a hora que ela falou, já o sorriso né... [...] na verdade não consigo pensar em nada que... né... nem de ficar sentada... nem... imagina. Dificuldade não tive nenhuma, só o prazer de tá com ela o tempo todo já... supera qualquer coisa né na verdade [...] a facilidade seria isso, na verdade não teve dificuldade, na verdade é o prazer de tá junto né, o prazer de ficar o dia todo com ela [...] não é nem dificuldade é prazer de tá junto”. (Laranjeira)

Percebemos entusiasmo em sua fala, o prazer e contentamento expresso imediatamente pelo contato pele a pele superou qualquer coisa. A mãe demonstrou muita felicidade com a idéia de pegar o bebê no colo pela primeira vez fazendo o canguru. Tentou procurar em sua mente algo que pudesse referenciar como dificuldade, mas não encontrou nenhuma, nem mesmo o fato de permanecer sentada por bastante tempo foi considerado por ela algo difícil. O prazer do contato, de sentir seu filho, foi superior, capaz de superar quaisquer que fossem suas dificuldades aparentes.

Pensando nisso Freitas; Camargo (2006) completam afirmando que mesmo diante as barreiras encontradas na prática para a inserção do RN e sua família no MMC, os benefícios para a díade mãe-filho podem superar as dificuldades.

As facilidades em manter o bebê na **posição canguru** aconchego no peito, é experienciado pelas mães, onde **pegar o bebê** e mantê-lo na posição são vistos com facilidade.

“As facilidades que ele fica bem aconchego no peito né, então... essa é a facilidade, que fica deitadinho aqui né, tem dificuldade não”. (Cerejeira)

“De facilidade... foi [...] no momento dela tá deitada [...], questão de pegar, saber pegar, isso foi fácil [...]”. (Nogueira)

Na posição da mãe canguru, destacaram ainda a **reação do bebê**, como benefícios, o qual lhe proporcionou equilíbrio emocional.

“Na hora que você coloca no peito, que você vê que ele fica quietinho né, então pra mim eu acho que não tive medo de mais nada [...]”. (Amoreira)

Conforme a literatura pertinente sobre os benefícios do MMC ao RN refere, o mesmo permite um controle térmico estável e adequado por maior período de tempo; favorece a estimulação sensorial adequada do RN; contribui para a redução de riscos de infecção hospitalar; reduz o estresse e sua dor (BRASIL, 2009). Melhora oxigenação do bebê durante o procedimento; proporciona ciclos regulares de sono profundo; ganho de peso corporal mais rápido; diminuição nos períodos de agitação e choro; mantém períodos de alerta mais prolongados e interativos (TAMEZ; SILVA, 2009). Para Tamez (2009), “o toque dos pais contribui positivamente para o crescimento e desenvolvimento do bebê e o som dos batimentos cardíacos e da respiração podem acalmá-lo”.

No discurso das mães Amoreira e Figueira, percebemos o **medo** como uma dificuldade inicial em realizar o MMC.

“só medo mesmo que a gente tem [...] daí depois de uns minutinho passou né [...]”. (Amoreira)

“a... o medo né, de pegar porque é tão pequenininho, tão frágil né, o medo de... sei lá, parar de respirar [...] eu ficava com aquele cuidado mais... é... apesar do medo é... a sensação é melhor do que o medo”. (Figueira)

Este sinalizava o temor pelo corpo frágil e possibilidade de possíveis intercorrências devido à instabilidade do BBP prematuro na UTIN.

Nesse contexto, Javorsk (1997), afirma que o sentimento de medo, verbalizado pelas mães, decorre também da execução de cuidados básicos, como pegar o bebê no colo, podendo ser atribuído ao tamanho reduzido do prematuro.

Consideramos que o fato de se referir ao bebê o colocando no diminutivo, era uma forma de atenuar a situação que estava lhe causando sofrimento, tornando menos intimidadora.

Segundo Guimarães; Monticelli (2007) esta aproximação entre os pais e seus filhos proporciona meios para se alcançar o apego de forma mais harmoniosa e duradoura o qual proporcionou para as mães canguru, o exaurir desse sentimento no momento do contato pele a pele, onde ambos sentiram amor recíproco e acalento, proporcionando segurança emocional e confiança à elas onde a sensação comovente e empolgante expressos durante a utilização do método superou o medo aparente no início.

Mais adiante, uma das mães referiu dificuldade em **acertar a posição** canguru.

*“[...] tive bastante dificuldade no caso de... por na posição [...] ela também não gosta de ficar na posição da mãe canguru, estica a bunda enquanto não... não tira, não solta as perna, então foi bem dificultoso né [...] na hora de colocar, de encaixar ela, pra mim foi bastante difícil”.
(Nogueira)*

Neste caso a dificuldade envolvia a mãe e o **comportamento do bebê**, pois segundo relatou a mesma, o bebê não gostava da posição do método canguru. Podemos entender essa dificuldade do bebê em se adaptar a posição como talvez à falta de habilidade da mãe, considerando que a mesma teve dificuldade em acertar o canguru, o que deixava o RN em posição desconfortável ocasionando dificuldade em adaptar-se à realidade do MMC, ou, realmente o bebê não gostava de ficar nesta posição onde seu comportamento de descontentamento causou dificuldade à mãe.

Para Eleutério et al (2008), as mães de sua pesquisa sinalizaram uma visível insegurança como resultado da falta de experiência em manusear o filho e rotina do método. Para o autor, diante disso, faz-se necessário estabelecer um elo entre as mães e a equipe de profissionais, com vista ao repasse de informações necessárias, evitando os momentos de angústia, medo e insegurança acarretados pela falta desse repasse.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos evidenciaram questões relacionadas à experiência em ser mãe de recém nascido de baixo peso prematuro e cuidá-lo utilizando o MMC. Encontramos nas experiências, um contexto singular, com suas peculiaridades; todas demonstraram ter vivido uma forte carga emocional, uma vez que seu bebê apresentava-se biologicamente vulnerável pela imaturidade do nascimento pré termo, sendo necessário sua permanência na UTIN.

Segundo Fonseca (2009), em seu estudo sobre a experiência da família ao cuidar de bebês nascidos com baixo peso nos primeiros seis meses após alta hospitalar, todas as famílias, a seu modo, desenvolviam os cuidados com dedicação, atenção e vontade de oferecer o melhor a seus bebês. Diante dessa afirmação, percebemos também que todo empenho das mães em nosso estudo, era em benefício de seu bebê, no sentido de protegê-lo de uma condição de risco ao nascer.

Apesar do foco do estudo ser a experiência com o MMC, fez-se presente nos relatos, com certa intensidade, a experiência de ter seu bebê de baixo peso prematuro. Evidenciou-se o quanto foi presente nos discursos das mães o período anterior ao MMC, nos quais mencionaram o pré natal com suas intercorrências, bem como a internação das mães, antes e depois do nascimento do bebê e o tempo de permanência do RNBP prematuro na UTIN.

Em decorrência das experiências com seus bebês, as mães relataram, sobretudo, os vários sentimentos, que ora se aproximavam do medo da morte e possíveis sequelas associados à imaturidade do bebê; ora, da felicidade e sentimento de vitória com a sobrevivência, que até então, era inacreditável.

Ficou claro como a fé e a necessidade de buscar a Deus, se fez presente na vida dessas mulheres nesse momento de tensão, que, segundo Sales et al (2005) representa “a força necessária para atribuir um novo sentido ao seu ser”.

Dourado (2005) reforça, afirmando que as mães sentem-se apreensivas, com medo da morte, de terem um filho mal formado, mas, igualmente, manifestam uma grande esperança, de que quando a gestação acabar, eles tenham a vitória, o direito da vida com saúde, demonstrando muitas vezes, o apelo à crença religiosa.

Conforme assinala Sales et al (2005), as mães sentem em si as próprias dores do filho, expressam seus temores perante a possibilidade de perder o filho amado, como também, sofre ante o padecimento vivenciado por ele.

A dificuldade da situação trouxe várias implicações às mães. Elas se sentiram divididas entre atender as necessidades do filho doente, a necessidade de cuidar dos demais filhos em casa e as

próprias necessidades. No entanto, Cunha (2000) afirma que, parece haver uma força que move estes pais a permanecerem com o filho no hospital, embora necessitem de cuidados consigo mesmos.

Com o nascimento prematuro e conseqüente privação em exercer a maternidade que se antecipou, “o fim abrupto de fusão com o bebê, ocasionou uma transição marcada pelo luto do bebê imaginário/idealizado e a adaptação ao bebê real” (BRASIL, 2009). Posteriormente, cuidar do seu filho no método canguru representou para as mães, uma experiência tão intensa e emocionante que foi capaz de ultrapassar o real sentido atribuído à maternidade, onde as mesmas sentiram a excelência de uma maternagem supervalorizada, sendo representada por uma experiência de emoção sempiterna, onde a demonstração de carinho proveniente do pele a pele, significativamente tornou crescente o afeto, proteção e segurança entre o binômio mãe/bebê.

A proximidade com o filho prematuro favoreceu a troca de afetividade e o estabelecimento do vínculo. Essa troca de calor humano e afetividade entre o prematuro e os membros da família são pontos importantes para o fortalecimento do relacionamento familiar. O canguru foi apreendido como possibilidade imaginária de retorno do prematuro ao ventre materno, onde o bebê poderia crescer e se desenvolver, completando a gestação interrompida (FURLAN; SCOCHI; FURTADO, 2003).

Essa experiência de caráter duradouro se evidenciou entre elas com emoção comovente, muita felicidade e contentamento. Essa vivência foi capaz de resgatar a identidade materna dessas mulheres, que segundo Campos et al (2008) parece ser suficiente para que estas mães possam realmente estar melhor apesar da situação vivenciada.

Foi perceptível nos discursos o entusiasmo ao mencionarem a experiência em ser mamãe canguru. A empolgação nas falas, os risos e sorrisos, o prazer e contentamento expressos pelo contato pele a pele com o seu bebezinho superou qualquer sentimento, que a princípio, fossem desagradáveis. As mães demonstraram muita felicidade com a idéia de pegar o bebê no colo pela primeira vez sendo “mamãe canguru” e ao serem questionadas quanto às dificuldades, procuraram em sua mente algo que pudessem referenciar, entretanto, para algumas, o prazer do contato em sentir seu filho, poder dar carinho, proteção, sentir seu cheiro e sua pequenez, foi superior, capaz de superar quaisquer que fossem suas dificuldades aparentes tornando concreta sua maternidade.

Diante disso, a participação da enfermagem foi referenciada, entretanto, não de maneira destacada como se esperava, uma vez que esta tem por princípio a humanização do cuidado em saúde ao ser humano.

Para Carvalho et al (2005) a humanização dos cuidados em saúde, diz respeito à individualidade, considera-se a essência do ser, um processo a facilitar de maneira positiva a vivência da pessoa vulnerável naquele momento.

Por fim, diante dos resultados, destacamos a necessidade da participação consciente, orientada e planejada da equipe de enfermagem, contribuindo positivamente para a assistência dessas mães com seus bebês e o olhar humanizado a ambos, demonstrando empatia, capaz de compreender tamanha delicadeza, complexidade da situação e fornecer não somente assistência técnica, como também apoio e suporte emocional para as mesmas, a fim de buscar suavizar o sofrimento vivenciado por elas.

7 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ALMEIDA, S.D.M.; BARROS, M.B.A. **Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas**, SP. Vol 7, N 1. Rev. Bras. Epidemiol. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n1/04.pdf>. Acesso em: 06 de abr de 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise conteúdo**. Ed revisada e atualizada. Editors 70. 1970. Lisboa.

BARROS, S.M.M de; TRINDADE, Z.A. **Maternidade “Prematura”**: uma investigação psicossociológica na unidade de terapia intensiva neonatal. Psicologia, Saúde&Doença, 8 (2), 253-269. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a08.pdf>. Acesso em: 30 de out de 2011.

BORSA, Juliane Callegaro. **Considerações a cerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério**. N 02, Porto Alegre: Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade, Abr/Mai/Jun 2007. Disponível em: <http://www.contemporaneo.org.br/artigos/artigo89.pdf>. Acesso em: 21 de mar de 2011.

BOUSSO, R.S; SERAFIM, T.S.; MISKO, M.D. **História de vida de familiares de crianças com doenças graves**: relação entre religião, doença e morte. Rev. Latino-Am. Enferm. Marc-abr 18 (2): 07 telas. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_03.pdf. Acesso em: 31 de out de 2011.

BORLOT, A.M.M; TRINDADE, Z.A. **As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico**. Estudos de Psicologia 2004, 9 (1): 63-70. Universidade Federal do Espírito Santo.

BRADEN, Pennie Sessler. **Enfermagem Prática**: Enfermagem materno-infantil. Tradução da 2. Ed. Rio de Janeiro. Reichmann&Affonso Editores, 2000. 524p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5 edição. Brasília. Ministério da Saúde, 2010. 302p. (série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso: método mãe canguru**: manual do curso/Secretaria de Políticas de Saude, Area da Saúde da Criança. 1 edição. Brasília; Ministério da Saúde, 2002. 282p. (Série A.. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução 196/96. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696>. Acesso em: 20 de abr 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 693/GM Em 5 de jul de 2000**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Amamenta Brasil caderno do tutor**. 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_caderno_tutor.pdf. Acesso em: 22 de mai de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2 ed. Brasília; Ministério da Saúde, 2009. 238 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n 145).

BRITO, Maria H.A. **Modelos de assistência neonatal: comparação entre o método mãe - canguru e o método tradicional**. 2008. 218f. Tese (Doutorado em Pediatria/Neonatologia) Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo, São Paulo.

CALAZANS, Fabíolla Almeida; NASCIMENTO, Maria Júlia de Souza; CABRAL, Sheyla Pontes Bold da Silva. **Mãe canguru: um relato de vivência**. Monografia (curso de enfermagem), Centro de Ciências da Saúde – CCS/FUNESO. Olinda; 2009.

CAMPOS, A. do Carmo. S; CARVALHO, M.P.L.; ROLIM, K.M.C.; ALENCAR, A.J.C de. **Vivência no método mãe canguru**: percepção da mãe. Rev. Rene. V.19, n3.p 28-36. Jul/set 2008. Fortaleza. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol19n3_pdf/a04v09n3.pdf. Acesso em: 23 de out de 2011.

CARVALHO, A.R.S.; PINHO, M.C.V.; MATSUDA, L.M.; SCOCHI, M.J. Cuidado e Humanização na Enfermagem: Reflexão necessária. In: **SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLITICAS SOCIAIS NO BRASIL**. 2. 2005, Cascavel. Disponível em:

<http://cacphp.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau16.pdf>. Acesso em: 03 de mar de 2011.

COSTA, et al. **Gestação de risco**: percepção e sentimentos das gestantes com amniorrexe prematura. Rev Eletronica cuatrimestral de Enfermeria. Outubro 2010. N 20. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt_clinica5.pdf. Acesso em: 26 de out de 2011.

COSTA, et al. **Qualificação da atenção e dos recursos humanos de enfermagem em saúde da mulher e do recém-nascido**: Influencias do Método Mãe Canguru. In: VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. 24 a 26 de junho de 2009. Terezina-PI. Disponível em: <http://abenfopi.com.br/vicobeon/COMORAL/Madre%20Maria%20Domineuc/Influ%C3%AAncias%20Da%20Implanta%C3%A7%C3%A3o%20Do%20M%C3%A9todo%20M%C3%A9todo%20M%C3%A3e%20Canguru.pdf>. Acesso em: 28 de out 2011.

CUNHA, Maria Luzia C. **Recém nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães**. 2000. 114f. Dissertação (Mestre em enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. RS.

CRUVINEL, F. G; MACEDO, E.C. **interação mãe/bebê pré-termo e mudança no estado de humor**: comparação do método mãe canguru com visita na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 7 (4): 449-455, out. / dez., 2007.

DITZ, Erika da Silva; MOTA, Joaquim A. C; SENA, Roseni Rosangela. **O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade Terapia Intensiva Neonatal**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 8 (1): 75-81, jan. / mar., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/09.pdf>. Acesso em: 27 de out de 2011.

DOURADO, Viviane Guilherme. **Gravidez de alto risco**: a vida e a morte entre os significados da gestação. 2005. 149f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.

ELEUTÉRIO, ET AL. **O imaginário das mães sobre a vivência no método mãe canguru**. Cienc. Cuid. Saúde. 7 (4): 439-446. Out – dez 2008. Disponível em:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6618/3902>. Acesso em: 10 de out de 2011.

ESPINDOLA, et al. **Crenças sobre gestação, parto e maternidade em mulheres gestantes com histórico de abortamento habitual**. *Psicol. hosp. (São Paulo)* v.4 n.1 São Paulo jan. 2006 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092006000100004&script=sci_arttext. Acesso em: 26 de out de 2011

FACHIN, Odília. **Fundamentos de Metodologia**. 4 ed. São Paulo. Saraiva, 2003. 190 p.

FERNANDES, Josielma da Silva. **O toque como intervenção terapêutica para minimizar a dor do recém-nascido pré-termo na UTI Neonatal**. Monografia (curso de fisioterapia), Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ – João Pessoa; 2008

FERREIRA, L.; SILVEIRA, C.V. **A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura**. *Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá*, v. 25, no. 1, p. 41-50, 2003.

FONSECA, Luciana Mara Monti; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. **Cuidados com bebê prematuro: orientações para a família**. 2 ed. Ribeirão Preto – SP: Fierp, 2005.

FONSECA. Elieth Lessa. **A experiência da família ao cuidar de bebês nascidos com baixo peso nos primeiros seis meses após alta hospitalar**. 2009. 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem/ A enfermagem e o processo do cuidado). Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná.

FRAGA ITG, Pedro ENR. **Sentimentos das mães de recém nascidos prematuros: implicações para a enfermagem**. *Ver. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)* 2004 abril: 25(1): 89-97. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4497/2434>. Acesso em: 05 de abr. de 2011.

FREITAS, Juliana de Oliveira. CAMARGO, Climene Laura. **Método Mãe Canguru: evolução ponderal de recém nascidos**. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100013 Acesso em: 05 de mar de 2011.

FREITAS, Juliana de Oliveira; CAMARGO, Climene Laura. **Discutindo o cuidado ao recém-nascido e sua família no método mãe-canguru.** Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.16(2):88-95. 2006.

Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v16n2/09.pdf>. Acesso em: 12 de out de 2011.

FREITAS, W. de M. F; COELHO, E de A. C; SILVA, A.T. M.C da. **Sentir-se pai:** a vivência masculina sobre o olhar do gênero. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(1):137-145, jan, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/14.pdf>. Acesso em: 26 de out de 2011.

FURLAN, C.E.F.B.; SCOCHI, C.G.S.; FURTADO, M.C.de C. **Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru.** Rev Latino-am Enfermagem 11(4):444-52. julho-agosto; 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400006. Acesso em: 12 de out de 2011.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; FERRIANI, Maria das Graças C. **Prematuridade:** Vivência de crianças e familiares. 2001. Disponível em: http://www.unifesp.br/denf/acta/2001/14_1/pdf/art2.pdf. Acesso em 04 de out de 2011.

GUIMARÃES, G.P; MONTICELLI, M. **A formação do apego pais/recém-nascido pré termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru:** uma contribuição da enfermagem. Texto Contexto Enferm, 16(4): 626-35. Florianópolis, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400006. Acesso em: 10 de out de 2011.

IBGE. **Contagem da população 2007.** Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/PR.pdf>. Acesso em: 18 de abr 2011.

IBGE, **Censo 2009.** Disponível em:

www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1767&id_pagina=1

JAVORSKI, M; CAETANO, L.C; VASCONCELOS, M.G.L.; LEITE, A.M.;SCOCHI, C.G.S. **As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado**

canguru. Rev. Latino-am Enfermagem. 2004 novembro-dezembro; 12(6):890-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a07.pdf>. Acesso em: 06 de abr de 2011.

JAVORSKI, M. **Os significados do aleitamento materno para as mães de prematuros em cuidado canguru**. Dissertação. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.

KENNER, Carole. **Enfermagem Neonatal**. Tradução da 2 ed. Original. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001. 392 p. (Enfermagem Prática).

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 2 ed. rev. e ampl. São Paulo. Atlas, 1990. 255 p.

LAMY, Z.C; GOMES, M.A S.M; GIANINI, N.O.M; HENNIG, M.A.S. **Atenção humanizada ao recém – nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira**. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3.pdf>. Acesso em: 06 de abr de 2011.

MELGOSA, Julian. **Lição da escola sabatina: A bíblia e as emoções humanas**. Casa publicadora brasileira. Tatuí, SP, 2011.

MERIGHI, Míriam Aparecida Barbosa; GONÇALVES, Roselane; RODRIGUES, Isabela Granghelli. **Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social**. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600010. Acesso em: 03 de out de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Secretaria de assistência à saúde, coordenação materno infantil**. Manual de Assistência ao Recém Nascido. Brasília, 1994.

MITTAG, Barbara Franco; WALL, Marilene Loewen. **Pais com filhos internados na UTI neonatal: sentimentos e percepções**. Fam. Saúde Desenv. Curitiba, vol 6, n 2. 2004. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8068/5686>. Acesso em: 27 de out de 2011.

MOURA, Solange Maria S. R.; ARAÚJO, Maria de Fátima. **Produção de sentimentos sobre a maternidade**: uma experiência no programa mãe canguru. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a05.pdf>. Acesso em: 22 de set de 2011.

NEVES, et al. **Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso**: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário. Acta Paul Enferm 2006;19(3):349-53.

OLIVEIRA, N.A de; GOULART, M.J.P. **A enfermagem vivenciando a percepção dos pais sobre o método canguru**. Ciência et Praxis v. 3, n. 5. 2010.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira. **Vivenciando a gravidez de alto risco: entre a luz e a escuridão**. 2008. 111f. Dissertação (Mestrado em enfermagem/ Ciências biológicas). Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte. Minas Gerais.

PAVAN, Adilson A. SONEGO, Roselaine Vieira. **Manual de Apresentação de Trabalhos Técnico-Científicos da Faculdade Adventista Paranaense**. 2 ed. Ivatuba-PR. Instituto Adventista Paranaense, 2008. 82 p.

Portal da cidade de Maringá. Disponível em: <http://www.maringa.com/perfil/geografia.php>. Acesso em: 18 de mar de 2011.

Portal do Hospital e Maternidade Santa Casa de Misericórdia. Disponível em: <http://santacasamaringa.com.br/>. Acesso em: 29 de nov de 2011.

PORTAL DA SAÚDE. **Método Mãe Canguru**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24248. Acesso em: 22 de mai de 2011.

PORTARIA N 2.800, de 18 de novembro de 2008. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-2800.htm>. Acesso em: 22 de mai de 2011.

PUGLISI, M.L; FRANCO, B. **Análise de conteúdo**. 2 ed. Brasília - DF; Liber Livro. 2005.

RESOLUÇÃO ANVISA RDC N 171, de 4 de setembro de 2006. Disponível em:

ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.set.08/iels183/U_RS-ANVISA-RDC-171-REP_040906.pdf. Acesso em: 22 de mai de 2011.

SALES ET AL. **Vivenciando a facticidade em dar existência a filho prematuro:** compreensão dos sentimentos expressos pelas mães. 2005. Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1432/801>. Acesso em: 03 de out de 2011.

SANTOS, Patrícia Bader dos. **Maternidade ameaçada: vivências psíquicas em gestantes de risco.** 2005. 127f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica/Núcleo de psicologia hospitalar e psicossomática). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. SP.

SILVA, Lucia; SANTOS, Renata Cerqueira; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. **Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas.** Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a08.pdf>. Acesso em: 26 de out de 2011.

SILVEIRA, Isolda Pereira da; CAMPOS, Antonia do Carma Soares; CARVALHO, Francisca Ana Martins; BARROSO, M. Graziela Teixeira; VIEIRA, Neiva F. C; **Ação educativa à gestante fundamentada na promoção da saúde:** uma reflexão. Esc Anna Nery R Enferm 2005 dez; 9 (3): 451- 8. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452005000300013&script=sci_arttext. Acesso em: 26 de out de 2011.

SOUZA, Camila de; MACHADO, Renata da Silva. **Sentimento da mãe de primeira viagem sobre o nascimento de seu filho.** 2008. 15f. Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem). Universidade Estadual de Santa Catarina. Florianópolis. SC.

SCOCHI, et al. **Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de Prematuridade:** as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de ribeirão preto. Rev Latino-am Enfermagem 2003 julho-agosto; 11(4):539-43.

SCORTEGAGNA, et al. **O processo interativo mãe-bebê pré-termo.** PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, v. 6, nº 2, p. 61-70, Jul./Dez. 2005.

STASEVSKAS, Kimy Otsuka. **Ser mãe: narrativas de hoje**. 1999. 195f. Dissertação (Saúde materno/infantil). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – USP. São Paulo. São Paulo.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém nascido de alto risco**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2009.

TAMEZ, Raquel Nascimento. **Intervenção no cuidado neuropsicomotor do prematuro: UTI Neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TOMA, Tereza Setsuko. **Método mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa**. Cad. Saúde Publica 19 (sup.2) S233-S242, 2003. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a05v19s2.pdf>. Acesso em: 23 de out de 2011.

TROCHIN, D.M.R; TSUNECHIRO, M.A. **A experiência em tornarem-se pais de prematuros: um enfoque etnográfico**. Rev. Bras. Enferm. Jan-fev; 58 (1):49-54. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a09.pdf>. Acesso em: 30 de out de 2011.

VISCOTT, David Steven. **A linguagem dos sentimentos**. Tradução: MALTA, Luiz Roberto.S.S. São Paulo: Summus. 1982.

WOOD, Geri L. Biondo; HABER, Judith. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro – RJ: Guanabara Koogan S.A, 2001

ZIELINSKY, Paulo. **Distúrbios do ritmo cardíaco fetal: detecção e conduta pré natal**. Arq. Bras. Cardiol. Vol 66 (2). 1996. Porto Alegre. RS.

APÊNDICE

APÊNDICE A: Autorização para Pesquisa Científica



Faculdade Adventista Paranaense
Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação e Assistência Social
Caixa Postal, 1528 – CEP, 87001-970 – Maringá – PR
CNPJ 76.726.884/0003-90 – Tel/Fax (44) 3236 8060

A/C: Ricardo Otani

Comissão de Ética Médica da Santa Casa de Misericórdia

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA CIENTÍFICA NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MARINGÁ – PR

Ivatuba, 31, de Maio de 2011.

Prezado senhor, eu Melani Cristine Zafonato, aluna do quarto ano de enfermagem do Instituto Adventista Paranaense, solicito a vossa autorização para realizar entrevista com as mães que estejam vivenciando ou vivenciaram o método canguru, com a finalidade de coletar dados na Instituição e prontuários, essenciais para a realização do meu Trabalho de Conclusão de Curso com intitulado A opinião de mães sobre a experiência do Método Mãe Canguru para o cuidado do bebê de baixo peso. Este trabalho é orientado pela Profª Ms. Elieth Lessa Fonseca e tem por objetivo Conhecer a opinião das mães sobre o método canguru para o cuidado de seu bebê de baixo peso.

A coleta de dados será realizada no período de agosto a setembro de 2011, em local privativo dentro do hospital através de uma entrevista semiestruturada, que será gravada e transcrita na íntegra. Durante as entrevistas será utilizado um roteiro de questões abertas e fechadas, elaborado pela própria pesquisadora. As entrevistas serão realizadas após aprovação do Comitê de Ética, em pesquisa da UNINGÁ e assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de cada participante.

Será garantido o sigilo das informações a serem consultadas e os resultados obtidos serão apresentados na Faculdade e eventuais publicações.

Agradecemos a atenção e colaboração, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Melani Zafonato
Acadêmica
44-3236-8000

Elieth Lessa Fonseca
Orientadora da Pesquisa
44-3236-8054

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO

Título do Projeto: A opinião de mães sobre a experiência do Método Mãe Canguru para o cuidado do bebê de baixo peso.

A presente entrevista tem como objetivo conhecer a opinião de mães sobre a experiência com o Método Canguru para o cuidado do bebê de baixo peso.

A entrevista será realizada no período de agosto a setembro de 2011, durante um encontro em local privativo de escolha da entrevistada, dentro do hospital Santa Casa de Misericórdia ou a domicílio.

Esta pesquisa faz parte do requisito para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem. Para tanto solicitamos seu consentimento para realização da entrevista, que será essencial para a realização desse trabalho.

O entrevistado terá liberdade para recusar-se a participar ou até mesmo retirar o seu consentimento em qualquer período da pesquisa, sem prejuízo ou penalidade. Será mantido total sigilo com sua identidade e as informações fornecidas serão utilizadas em publicações de trabalhos científicos.

A participação não terá custo ou remuneração, sua participação será voluntária.

Eu, _____ RG _____
_____, após ter lido e entendido as declarações acima, esclarecido minhas dúvidas com a aluna do quarto ano de enfermagem Melani Cristine Zafonato, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, em participar do mesmo.

_____ Data __/__/__.

Assinatura do pesquisado ou impressão datiloscópica.

Eu, Melani Cristine Zafonato, orientada pela Professora Ms. Elieth Lessa Fonseca declaro que forneci as informações referentes ao estudo sobre a opinião de mães sobre a experiência com Método Canguru para o cuidado do bebê de baixo peso.

Equipe (Incluindo o pesquisador responsável);

1- Nome: Melani Cristine Zafonato

Telefone: (44) 98498005

Endereço: Rua: Gleba Paiçandu, Lote 60

Ivatuba – PR CEP 87130-000

2- Nome: Elieth Lessa Fonseca

Telefone: (44) 99311594

Endereço: Rua Marechal Deodoro, 888, Apto 402

Maringá – PR CEP 87030-020

APÊNDICE C: Roteiro para Entrevista

IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança: _____ Cor: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Peso: _____ g.

Idade Gestacional: _____

Pré natal:

Sim () Quantas consultas aproximadamente? _____.

Não ()

HISTÓRIA DA FAMÍLIA

Mãe: _____ Data nasc: ___/___/___

Profissão: _____ Nacionalidade: _____

Local de trabalho: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Escolaridade: _____

Pai: _____ Data nasc: ___/___/___

Profissão: _____ Nacionalidade: _____

Local de trabalho: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Escolaridade: _____

Tipo de moradia:

Alugada () Emprestada () Casa própria () Ap ()

Quantos cômodos tem? Quais são?

Atividades de lazer, cultural e socioeconômica

A. Atividades de lazer e sociais com a

família: _____

B. Religião:

Mãe: _____ Pai: _____

2. QUESTÃO NORTEADORA

* Como foi a experiência de ter seu bebê prematuro de baixo de peso e utilizar o método mãe canguru para o cuidado?

3. QUESTÕES COMPLEMENTARES

* Quais as facilidades e dificuldades que você encontrou na utilização do método mãe canguru para o cuidado do seu bebê?

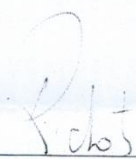
* Como você se sentiu nesse período de utilização do método mãe canguru?

ANEXO

ANEXO: Autorização para pesquisa**AUTORIZAÇÃO**

Santa Casa de Misericórdia de Maringá, entidade filantrópica, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº 79.115.762/0001-93, com sede sito a Rua Santos Dumont nº 555, Maringá/PR, neste ato representado pelo membro da Comissão de Ética Médica, Dr. Ricardo Issao Otani, informar que foi **deferida** a solicitação referente à coleta de dados para a composição de projeto de pesquisa intitulado "A opinião de Mães sobre a experiência do método Mãe Canguru para cuidado do bebê de baixo peso", realizada pela acadêmica Melani Cristine Zafonato.

Maringá-PR, 29 de julho de 2011.



Dr. Ricardo Issao Otani
Comissão de Ética Médica