Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

MAYARA CAROLINA CAÑEDO

MÉTODO CANGURU: A EXPERIÊNCIA DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS COM BAIXO PESO

CAMPO GRANDE
2017

MAYARA CAROLINA CAÑEDO

MÉTODO CANGURU: A EXPERIÊNCIA DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS COM BAIXO PESO

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Cristina Brandt Nunes e coorientação da Prof.ª Dr.ª Maria Auxiliadora de Souza Gerk.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Grupo de Estudo: Cuidado em saúde e enfermagem no ciclo vital da criança, adolescente, mulher e família.

CAMPO GRANDE

2017

MAYARA CAROLINA CAÑEDO

MÉTODO CANGURU: A EXPERIÊNCIA DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS COM BAIXO PESO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito final à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Resultado:_____

BANCA EXAMINADORA

_____
Prof.ª Dr.ª Cristina Brandt Nunes (Presidente)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

_____
Prof.ª Dr.ª Ana Cláudia Garcia Vieira (Membro Titular)
Instituição: Universidade Federal de Pelotas

_____
Enf.ª Dr.ª Paula de Oliveira Serafin (Membro Titular)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

_____
Prof.ª Dr.ª Maria Lúcia Ivo (Membro Suplente)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Campo Grande (MS), ____ de _____2017.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Jaziel V. Dorneles – Bibliotecário/Documentalista – CRB1-2592)

Cañedo, Mayara Carolina.
C221m Método Canguru : a experiência dos pais de recém-nascidos com baixo peso / Mayara Carolina Cañedo. – Campo Grande, MS, 2017.
157 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Dra. Cristina Brandt Nunes.
Coorientadora: Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerk.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Campo Grande, MS, 2017
Inclui bibliografia.
Apêndices e anexos: [p. 129-157.]

1. Prematuros – Cuidado e tratamento. 2. Baixo peso ao nascer. 3. Prematuros – Assistência hospitalar. 4. Mãe e lactente. 5. Pais e lactentes. I. Nunes, Cristina Brandt. III. Gerk, Maria Auxiliadora de Souza. III. Título.

CDD (23) 616.92011

À minha querida filha, **Cecília**, luz da minha vida!
Com carinho.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me guiado e abençoado.

À **Nossa Senhora**, minha querida mãe do céu, por interceder a Deus-Pai por mim.

Aos **meus pais, Marisa e Gerardo (*in memoriam*)**, pelas atitudes, pelo incentivo, apoio, oração e confiança depositados em mim durante a minha trajetória de vida. Obrigada, **mãe**, por sempre estar ao meu lado; você me deu força para a conclusão desta etapa.

Ao meu marido, **Thiago Inácio Barros Lopes**, meu maior colaborador e incentivador, pela paciência, pelo respeito, amor e confiança. A você, toda a minha admiração.

Aos meus **avós**, **tios** e **primos**, pela fraternidade e união existente em nossa família. Obrigada pelos ótimos momentos compartilhados.

À minha tia **Marlene e a minha prima Judy**, pelo estímulo, dedicação e amor.

À professora e orientadora **Dr.ª Cristina Brandt Nunes**, pela amizade, sabedoria e compreensão. Obrigada por sempre acreditar em mim e no meu trabalho, por ter sido sempre presente, por me incentivar e me conduzir nesta jornada. À senhora, toda a minha gratidão. Parabéns por todos esses anos dedicados em prol da enfermagem e da pesquisa.

À professora e coorientadora **Dr.ª Maria Auxiliadora de Souza Gerk**, pela amizade, disponibilidade e alegria. Obrigada pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional desde a Graduação. Parabéns por todos esses anos dedicados em prol da enfermagem e da pesquisa.

À **Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**, local onde realizei a minha Graduação e Pós-Graduação.

Ao **Hospital Regional de Mato Grosso do Sul**, local onde o estudo foi realizado.

Aos professores da **Graduação em Enfermagem da UFMS**, pela oportunidade de aprendizado e formação profissional.

Aos professores do **Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFMS**, pelos ensinamentos.

À minha amiga nutricionista, **Dr.ª Rosângela dos Santos Ferreira**, por despertar em mim o interesse pela pesquisa.

À professora **Dr.ª Maria Angélica Marcheti**, pelos ensinamentos durante a Graduação, pós-Graduação e pelas sugestões oportunas no decorrer desta pesquisa.

À professora **Dr.ª Sônia Maria Oliveira de Andrade**, pela atenção e pelas contribuições valiosas no decorrer desta jornada.

À professora **Dr.ª Ana Cláudia Vieira**, pela disponibilidade e contribuições importantes no decorrer do estudo.

À professora **Dr.ª Marisa Rufino Ferreira Luizari**, pelos ensinamentos durante a Graduação.

À professora **Dr.ª Paula de Oliveira Serafin**, por estar conosco neste momento especial e pelos ensinamentos durante a Graduação.

À professora **Dr.ª Maria Lúcia Ivo**, por todos os ensinamentos na Graduação e pós-Graduação. Parabéns, professora, por todos esses anos dedicados em prol da enfermagem e da pesquisa.

Aos meus **amigos,** que sempre estiveram comigo, incentivando-me e apoiando-me.

Ao meu **sogro, sogra e cunhada**, por serem a minha rede de apoio, ao longo desta jornada.

Aos **colegas** do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, pelo estímulo e apoio; em especial, à enfermeira **Natália de Andrade Santos**, por toda a ajuda disponibilizada.

À Diretora de Enfermagem **Lucienne Gamarra Vieira Esmi**, pelo incentivo, apoio, compreensão e carinho demonstrados no decorrer desta caminhada.

Aos **colegas** do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pela amizade e pelo convívio.

A todos aqueles que não foram mencionados, mas que, de algum modo, colaboraram para a realização deste estudo.

Aos **pais** que se dispuseram a participar deste estudo, compartilhando as suas percepções. Muito obrigada!

Só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos.

(SAINT-EXUPÉRY, 2015, p. 72)

RESUMO

O Método Canguru é uma abordagem assistencial humanizada, aplicada no período neonatal e direcionada à melhoria do cuidado prestado ao recém-nascido de baixo peso e/ou pré-termo, com necessidade de hospitalização. O objetivo deste estudo foi conhecer a experiência dos pais de recém-nascidos de baixo peso na adaptação ao Método Canguru, no ambiente hospitalar e nos cuidados em domicílio. A pesquisa é qualitativa, na modalidade Estudo de Caso, realizada com pais de recém-nascidos pré-termo e/ou baixo peso, atendidos na Unidade Neonatal do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. As técnicas de coleta de dados foram a observação com registro em diário de campo, a elaboração de genogramas e ecomapas, consultas aos prontuários e entrevistas. O estudo é composto por doze casos, sendo 18 recém-nascidos pré-termo e/ou baixo peso, 12 mães, destas sendo duas adolescentes, e três pais. Os dados foram analisados, segundo o enfoque da análise temática, proposto por Minayo. Foram elencadas três categorias temáticas para a discussão: concepção do Método Canguru para os pais; a experiência dos pais com o Método Canguru no ambiente hospitalar; e a experiência dos pais com o Método Canguru no ambiente domiciliar. Estas categorias surgiram a partir dos seguintes temas: o significado do Método Canguru para os pais; benefícios do Método Canguru para as crianças; a efetividade do Método Canguru; descompasso do Método Canguru; adaptação da família; acompanhamento do bebê após a alta hospitalar: sucessos e insucessos. Considera-se que o Método Canguru foi efetivo na formação de vínculo entre o bebê e os seus pais, devido à participação da família na realização dos cuidados básicos com o bebê, desde a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Os pais aplicaram o contato pele a pele e o banho humanizado, preconizado pelo Método Canguru, no ambiente hospitalar; além disso, a equipe de saúde proporcionou aos pais momentos de aprendizado e troca de experiência. Desvelaram-se também as fragilidades existentes no centro-obstétrico e unidade neonatal, relacionadas ao Método Canguru, ao nascimento e à hospitalização, aos processos de trabalho e à área física. Na percepção dos pais, há profissionais que não demonstram ter perfil para trabalhar com o Método Canguru e com as famílias, em sua integralidade e individualidade. Percebe-se que os pais adquiriram conhecimento quanto ao Método Canguru e mantiveram a realização do contato pele a pele no domicílio, com a utilização da faixa de tecido e com o uso de lençol e de casaco, mas também aplicaram o contato pele a pele sem nenhuma contenção. O Método Canguru potencializa a qualidade de vida dos recém-nascidos baixo peso, ratificando-se como um recurso a mais na atenção à criança e à sua família. Este estudo é importante para a saúde e para a enfermagem, pois demonstrou o conhecimento que os pais adquiriram sobre o Método Canguru durante a hospitalização do filho; além de evidenciar o modo de aplicação do Método Canguru na unidade neonatal e no domicílio.

Palavras-chave: Recém-nascido de baixo peso. Prematuro. Enfermagem Neonatal. Método Canguru. Relações pais-filhos.

ABSTRACT

The Kangaroo Mother Method is an approach humanized care delivery, applied in the neonatal period and aimed at improving the care provided to low birth weight and/or preterm newborn requiring hospitalization. The objective of this study was to know the experience of parents of low birth weight infants in the adaptation to the Kangaroo Mother Method, in the hospital environment and at home care. The research is qualitative, in the case study modality. It was realized with parents of Preterm Newborns and/or low weight attended at the Neonatal Unit of the Regional Hospital from Mato Grosso do Sul. The data collection techniques were the observation with recording in field diary, the elaboration of genograms and ecomaps and consultations to the medical records and interviews. The study is composed of 12 cases: 18 of which PTNB and/or low birth weight newborns, 12 mothers (two teenage girls) and three fathers. The data were analyzed according to the thematic analysis approach proposed by Minayo. Three thematic categories were listed for the discussion: the Kangaroo Care conception for parents; the parents'experience with the Kangaroo Mother Method in the hospital environment; and the parents' experience with the Kangaroo Mother Method in the environment familiar. These categories are based on the following themes: the meaning of the Kangaroo Mother Method for parents; the benefits of the Kangaroo Mother Method for children; the effectiveness of the Kangaroo Mother Method; disorder of the Kangaroo Mother Method; family adaptation; post-discharge hospital follow-up: successes and failures. The Kangaroo Mother Method was considered effective in the formation of bond between the baby and his parents, due to the family's participation in the basic care with the baby, since the UTIN. The parents applied the skin-to-skin contact and the humanized bath, recommended by the Kangaroo Mother Method, in the hospital environment; moreover, the healthcare team provided parents moments of learning and exchange of experience. The weaknesses in the obstetric center and neonatal unit related to Kangaroo Mother Method, birth and hospitalization, work processes and physical area were also revealed. In the perception of the parents, there are professionals who don't demonstrate to have profile to work with the Kangaroo Mother Method and with the families, in their integrality and individuality. It was observed that the parents acquired knowledge about the Kangaroo Mother Method and maintained skin-to-skin contact at home, using the tissue strip, bedsheet and jacket, but also they applied skin-to-skin contact without any containment. The Kangaroo Mother Method enhances the quality of life of the RNBP, confirming it as an extra resource in the care of the child and his family. This study is important for health and for nursing, since it demonstrated the knowledge that the parents acquired about the Kangaroo Mother Method, during the child's hospitalization; moreover, it evidenced the application mode of the Kangaroo Mother Method in neonatal unit and at home.

Keywords: Low birth weight newborn. Premature. Neonatal Nursing. Kangaroo Mother Method. Parents-child relationships.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRNBP - MC Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru

AIG	Adequado para Idade Gestacional
ALCON	Alojamento Conjunto
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BP	Baixo Peso
CC	Cuidado Canguru
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DPP	Descolamento Prematuro de Placenta
FOP	Forame Oval Pérvio
GIG	Grande para a Idade Gestacional
HRMS	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul
IG	Idade Gestacional
MC	Método Canguru
MT	Método Tradicional
PC	Posição Canguru
PCA	Canal Arterial Patente
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
PT	Pré-Termo
RN	Recém-Nascido
RNBP	Recém-Nascido de Baixo Peso
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
ROP	Retinopatia da Prematuridade
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
UCIN Ca	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCIN Co	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
USTF	UltrassomTransfontanela
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO **12**
2 INTRODUÇÃO **14**
3 REVISÃO DE LITERATURA **15**
3.1 O recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso 15
3.1.1 O recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no HRMS 17
3.2 O Método Canguru 18
3.2.1 Benefícios do Método Canguru 21
3.2.2 O Método Canguru e os pais 22
3.2.3 O Método Canguru e os profissionais de saúde 23
4 OBJETIVOS **25**
4.1 Objetivo geral 25
4.2 Objetivos específicos 25
5 CAMINHO METODOLÓGICO **26**
5.1 Tipo de pesquisa 26
5.2 Cenário 27
5.2.1 O Hospital 27
5.3 Período da pesquisa 29
5.4 Participantes 29
5.5 Procedimentos, técnicas e instrumentos de coleta de dados 30
5.5.1 Observação 30
5.5.2 Genograma e Ecomapa 31
5.5.3 Entrevista 31
5.5.4 Consulta em documentos 31
5.6 Sistematização dos dados e análise dos dados 31
5.7 Aspectos éticos e legais 32
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO **33**
6.1 Caracterização dos casos 33
6.1.1 Caracterização dos pais e dos bebês prematuros 33
6.1.2 Caracterização da moradia 35
6.2 As categorias temáticas 35

6.3 A interface dos pais com o MC....37
6.3.1 Categoria Temática 1 - Concepção do Método Canguru para os pais....37
6.3.2 Categoria Temática 2 - A experiência dos pais com o Método Canguru no ambiente hospitalar....43
6.3.3 Categoria Temática 3 - A experiência dos pais com o Método Canguru no ambiente domiciliar....97
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS....107
REFERÊNCIAS....110
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL....129
ANEXO B - NOTIFICAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL....133
ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DO HRMS PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA N. 41/2015....134
ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA....134
APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA A ENTREVISTA....136
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO DO RN....137
APÊNDICE C - ROTEIRO PARA A VISITA DOMICILIAR....138
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....139
APÊNDICE E - TERMO DE ASSENTIMENTOLIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS ADOLESCENTES....140
APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS PELO(A) ADOLESCENTE....143
APÊNDICE G - CARACTERIZAÇÃO DOS BEBÊS PREMATUROS....145
APÊNDICE H - GENOGRAMAS E ECOMAPAS....146

1 APRESENTAÇÃO

Em 2005, ingressei na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) para cursar Enfermagem, e percebi uma afinidade com a disciplina de enfermagem pediátrica. Nos estágios, o interesse em estudar profundamente temáticas relacionadas à criança e sua família aumentava; foram realizadas ações educativas, preventivas e assistenciais e o interesse persistia independentemente do campo de estágio.

No início da carreira profissional, optei por realizar estágio voluntário na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), e tal opção ampliou-me a vontade de conhecer o universo infantil e de sua família.

Posteriormente, fui contratada para trabalhar como enfermeira assistencial da Unidade Neonatal de uma maternidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS). Na época, eram dez leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e doze leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional (UCINCo).

Após três meses de formada, ingressei como professora substituta da disciplina de Enfermagem Pediátrica Módulo do Nascimento à Adolescência e Práticas interdisciplinares da UFMS, período que me proporcionou intenso contato com os pais e com as crianças com deficiências.

Em seguida, senti a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos acerca da enfermagem na saúde da criança e do adolescente; assim, cursei Especialização de Enfermagem Pediátrica e Neonatal.

Como docente, ministrei a disciplina de Enfermagem Pediátrica em uma Universidade particular por três anos. Trabalhei também durante cinco anos com disciplinas relacionadas à saúde da criança no Curso Técnico de Enfermagem.

Como enfermeira, tive oportunidade de ter contato mais próximo com o Recém-Nascido (RN) pré-termo e/ou de baixo peso de risco. Nesse momento, emergiram situações novas, indagações sobre a formação do vínculo bebê/pais e aprendizados diversos, visto que o universo do RN é amplo e único.

A utilização do Método Canguru (MC) é muito recente no Estado de Mato Grosso do Sul e tive a oportunidade de aprender sobre a técnica por meio das capacitações realizadas antes da sua implantação.

Atualmente, trabalho no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) como enfermeira responsável pela linha infantil, que engloba a UTIN, a UCINCo, a UTIP, a enfermaria de pediatria e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Dessa maneira, no decorrer da minha trajetória profissional atuando na Unidade Neonatal ou como docente, fui consolidando a ideia de que a hospitalização do filho envolve relações interpessoais intensas e que o MC desenvolvido no meu estado poderia ser um facilitador na promoção da saúde do bebê e de sua família. Trabalhando sempre com recém-nascidos, surgiu o interesse de aprofundar, cada vez mais, os meus conhecimentos a respeito da experiência dos pais com o MC.

2 INTRODUÇÃO

A atenção humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (RNBP), conhecida como MC, surge no Brasil como uma proposta de assistência voltada ao RN, porém integrada à família. É desenvolvida em três etapas e, desde a primeira, é dada atenção aos pais, porém é na segunda que a participação deles é mais requisitada, pois os prepara para a alta hospitalar. Nessa etapa, a mãe é convidada a permanecer de forma contínua com seu filho e a realizar a Posição Canguru (PC). O apoio da família é essencial para a mãe, pois ela é capaz de abranger a tríade que sintetiza o MC: amor, calor e aleitamento materno (SANTOS; MACHADO; CHRISTOFFEL, 2013).

Em Mato Grosso do Sul, a abordagem relacionada com o MC iniciou-se em 2001, quando a Secretaria Estadual de Saúde/MS, em parceria com o Ministério da Saúde, promoveu a capacitação de equipes multidisciplinares de quatro hospitais que ofereciam a PC como opção de método de cuidado aos pais de bebês pré-termo. No dia 8 de julho de 2012, foram habilitados os leitos implantados no Alojamento Canguru, HRMS, designado junto ao Ministério da Saúde, como o responsável pelo Serviço de Referência Estadual após avaliação e credenciamento pelo Ministério da Saúde, sendo a equipe habilitada como Tutores Estaduais (MATO GROSSO DO SUL, 2012).

Todas as fases do MC no HRMS foram implantadas somente no ano de 2012, mas as questões relacionadas com a efetividade de sua prática ainda não foram suficientemente estudadas.

Este estudo propõe-se a avaliar se o MC desenvolvido no HRMS pode ser um instrumento facilitador para os pais na adaptação do RNBP no ambiente hospitalar e nos cuidados em domicílio, a conhecer a experiência dos pais, além de investigar os efeitos do MC na relação dos pais com o bebê.

Esta pesquisa faz-se relevante para a saúde e para a Enfermagem porque a utilização do MC potencializa a qualidade de vida dos prematuros e/ou RNBP e pode contribuir para a diminuição dos agravos de saúde e dos índices de morbidade e mortalidade infantil, constituindo um recurso a mais na atenção à criança e sua família nos diversos contextos de cuidado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como pré-termo toda criança nascida antes de 37 semanas (BRASIL, 2006). Os recém-nascidos com menos que 2.500 gramas são classificados como de baixo peso (independentemente da idade gestacional); abaixo de 1.500 gramas, muito baixo peso; abaixo de 1.000 gramas, extremo baixo peso; e abaixo de 800 gramas, microprematuro. A relação entre o peso e a idade gestacional apresenta três categorias: adequado para a idade gestacional (AIG), pequeno para a idade gestacional (PIG) e grande para a idade gestacional (GIG) (MARQUES, 2003).

A prematuridade acarreta, para as famílias e para a sociedade, custos sociais e financeiros decorrentes de circunstâncias diversas e imprevisíveis; e pode ocorrer em todos os lugares e afetar todas as classes sociais. (RAMOS; CUMAN, 2009).

O índice de prematuridade ao nascer é considerado relevante; há estimativa anual de que nascem cerca de 20 milhões de bebês pré-termo no mundo. No Brasil, uma parcela significativa de crianças possui baixo peso ao nascer. No estado de São Paulo, cerca de 60 mil RN possuem baixo peso, dos quais 8% morrem antes de completar um ano de vida (COLAMEO; REA, 2006). O nascimento de bebês prematuros no mundo representa mais de um em cada dez nascimentos e muitos dos sobreviventes terão problemas de aprendizagem, visuais e/ou auditivos, entre outros (MENEZES et al., 2014).

A prematuridade e o baixo peso ao nascer são os principais fatores de risco relacionados com a mortalidade neonatal e representam de 60% a 70% da mortalidade infantil no país. Aproximadamente 68% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal, sendo a maioria no primeiro dia de vida (BRASIL, 2013). No Distrito Federal, em 2008, foi constatado que 61% das mortes infantis estiveram associados à prematuridade e ao baixo peso no nascimento (BRASIL, 2011a).

O aumento da prematuridade está relacionado com as taxas crescentes de cesarianas programadas com interrupção indevida da gravidez, tendo como consequência a prematuridade iatrogênica e o aumento do risco de morte infantil e neonatal (BRASIL, 2011b). O parto cesáreo entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, eleva o risco de que a ventilação ao nascer seja indicada (ALMEIDA, et al., 2010).

No estudo de Penalva e Schwartzman (2006), realizado em um Hospital Geral da cidade de Itapecerica - SP, com o objetivo de caracterizar 70 crianças pré-termo (PT) que participavam do MC, foi observado que, quanto menor a idade gestacional e o peso ao nascer, maior a frequência de atrasos no desenvolvimento motor e nas alterações verificadas no Ultrassom Transfontanela (USTF), e piores os índices do teste de Apgar no primeiro e quinto minutos de vida.

Em pesquisa realizada por Cabral e Rodrigues (2006), em uma maternidade da capital do Estado do Rio de Janeiro com 116 prontuários de pré-termos, cujo objetivo era caracterizar os neonatos participantes da etapa intra-hospitalar do MC, foi constatado que a idade gestacional e o peso ao nascer influenciam a probabilidade de os bebês desenvolverem distúrbios metabólicos e dificuldades alimentares, e também prejudicam a termorregulação do RN.

A prematuridade, associada a procedimentos invasivos, pode favorecer a infecção por patógenos oportunistas como *Candida spp*. Em estudo realizado com 25 crianças com fungos e internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público de Campo Grande/MS entre 1998 a 2006, foi constatado que 92% eram pré-termo, 68% tinham peso inferior a 1.500 gramas e 100% fizeram uso de cateter venoso central (XAVIER et al., 2008).

A Retinopatia da Prematuridade (ROP) é uma das principais causas de cegueira na infância, e atinge o RNPT. A pesquisa transversal retrospectiva realizada no Hospital Regional de São José, Santa Catarina, com 320 RN, apontou como fatores de risco para o desenvolvimento da ROP: oxigenioterapia, ventilação mecânica, persistência do canal arterial, asfixia perinatal, síndrome do desconforto respiratório, transfusão sanguínea, hemorragia intraventricular, sepse, infecção neonatal e doença da membrana hialina (THEISS; GRUMANN JÚNIOR; RODRIGUES, 2016).

O acompanhamento do crescimento das crianças pré-termo ou de baixo peso exige a utilização de curvas específicas, ou que se corrija a idade cronológica até os dois anos. A idade corrigida permite identificar um período de crescimento compensatório. Além disso, o baixo peso e a prematuridade aumentam a probabilidade de a criança apresentar alterações globais em seu desenvolvimento, sendo que as maiores taxas de deficiência ocorrem nas menores faixas de peso e idade gestacional (BRASIL, 2012).

Na revisão de literatura realizada por Lemos e Veríssimo (2016), conclui-se que as crianças menores de seis anos que nasceram pré-termo apresentavam atrasos no desenvolvimento. Já no estudo realizado por Rover et al. (2015), com prontuários de crianças nascidas pré-termo e muito baixo peso acompanhadas no ambulatório de um hospital no oeste

do Paraná, percebe-se que ser PIG no momento do nascimento causou falha no crescimento nos primeiros doze meses de vida, além da doença metabólica óssea e a retinopatia da prematuridade nos três primeiros meses.

Segundo Maranhão et al. (2012), a mortalidade infantil (MI), passou de 9,6/1.000 Nascidos Vivos (NV) em 2000 para 5,0/1.000 NV em 2010, o que representou uma queda de 48%. No entanto, os óbitos neonatais apresentaram uma redução de 34%, passando de 17,0/1.000 NV para 11,2/1.000 NV no mesmo período.

A taxa de mortalidade infantil no Brasil tem diminuído expressivamente nos últimos anos, porém a redução da taxa de mortalidade neonatal tem sido consideravelmente menos expressiva. Para a redução da mortalidade neonatal, devem-se aumentar os cuidados durante a gestação e o nascimento, salientando a relação entre a vida intrauterina, o nascimento e o período neonatal. Torna-se relevante a criação de redes de atenção à saúde efetivas e regionalizadas para a atenção perinatal e neonatal (BRASIL, 2011b).

3.1.1 O recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no HRMS

Segundo o relatório da comissão de mortalidade materna e mortalidade neonatal do HRMS, 2.294 bebês nasceram vivos no hospital no ano de 2015. O número de óbito até seis dias de vida foi de 17 bebês (taxa de mortalidade neonatal precoce). No que se refere à taxa de mortalidade neonatal tardia (7 a 28 dias), foram seis óbitos. Relacionado à taxa de mortalidade perinatal (natimorto até seis dias), foram 69 natimortos/bebês (MATO GROSSO DO SUL, 2015).

Dos 75 óbitos neonatais no ano de 2015, 30 (40%) nasceu com extremo baixo peso, ou seja, com peso ao nascer menor que 999 gramas; oito (11%) nasceram com muito baixo peso (peso ao nascer de 1.000 a 1.499 gramas); 18 (24%) nasceram com baixo peso (peso de 1.500 a 2.499 gramas), oito (11%) nasceram com peso entre 2.500 a 2.999 gramas e 10 (13%) nasceram com peso acima de 3.000 gramas. Não foram encontradas informações referentes ao peso no prontuário de um dos casos que veio a óbito. Diante disso, constata-se que 75% dos RN nasceram abaixo de 2.500 gramas (MATO GROSSO DO SUL, 2015).

Os dados revelam a necessidade de se estabelecer políticas públicas voltadas para ações em prol da saúde materna e infantil, pois quanto maior o peso ao nascer menor a taxa de mortalidade neonatal.

Entre os anos de 2014, 2015 e 2016 (primeiro semestre) foram admitidos 643 RN na UTIN, e a taxa de ocupação no ano foi de 95.40%. Nesse período foram a óbito 53 RN (MATO GROSSO DO SUL, 2014, 2015, 2016).

Já no período de 2014, 2015 e 2016 (primeiro semestre) 1.542 neonatos deram entrada na UCINCa, e a taxa de ocupação foi de 88.59%. Dois RN foram a óbito (MATO GROSSO DO SUL, 2014, 2015, 2016).

Na UCINCa, no ano de 2014, foram admitidos 274 neonatos, e a taxa de ocupação foi de 40.48% (MATO GROSSO DO SUL, 2014). Em 2015, deram entrada 143 RN e a taxa de ocupação foi de 42.69% (MATO GROSSO DO SUL, 2015).

O número de bebês admitidos na UCINCa no ano de 2016 foram: 20 em março, 18 em abril, 17 em maio, 14 em junho, 12 em julho, 12 em agosto, 14 em setembro, 13 em outubro, e 17 em novembro. Em dezembro, devido à reforma na unidade, não houve admissões (MATO GROSSO DO SUL, 2016).

3.2 O Método Canguru

O MC foi idealizado na Colômbia em 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, pelos médicos Edgar Reys Sanabria e Hector Martinez, como proposta de melhorar os cuidados prestados ao Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT). A aproximação precoce da mãe ao seu RN visava promover a estabilidade térmica, substituir as incubadoras, permitir alta precoce, diminuir a taxa de infecção hospitalar e, consequentemente, fortalecer os laços psicoafetivos (BRASIL, 2014).

Em sua criação, o método procurava suprir a falta de recursos materiais e financeiros; posteriormente é que se constataram benefícios desse método no desenvolvimento dos bebês (MOREIRA et al., 2009).

Na Colômbia, o programa é predominantemente ambulatorial, com ênfase em rigoroso acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê. O MC é praticado em domicílio, com acompanhamento diário no ambulatório de seguimento. Na fase hospitalar, o objetivo é de preparar a mãe e o bebê para a prática domiciliar, com incentivo ao aleitamento materno e à permanência com o bebê, 24 horas em PC (LAMY et al., 2005).

Os mesmos autores referem que, no Brasil, o MC teve início em Santos, São Paulo, no ano de 1992. Em 1993 o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), em Recife, começou a adotar o MC.

Segundo Lima (2015), o interesse do IMIP pelo MC surgiu devido ao baixo índice de aleitamento materno na alta dos RN, mesmo após a realização de ações educativas de incentivo à amamentação. Assim, em fevereiro de 1994, o IMIP iniciou um projeto piloto de enfermaria para a realização da PC, composto por 15 leitos. A partir da experiência desse hospital com o MC, outros começaram a utilizar essa metodologia, porém sem um consenso.

O MC não poderia ser visto como uma técnica a mais para o atendimento do neonato pré-termo e sim como uma proposta ampla de humanização. Foi então elaborado a Norma de Atenção ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, lançado em 1999 e publicado por meio da Portaria Ministerial número 693 de 5/7/2000. Assim, o MC foi incluído na Política Governamental de Saúde Pública (LAMY et al., 2005).

Em nosso país, a proposta é mais abrangente que a original e ultrapassa a PC, ampliando seu foco para os cuidados técnicos voltados ao bebê durante a internação, para as situações de risco que dificultam seu desenvolvimento, para o acolhimento à família, para a formação de vínculo mãe/pai/bebê, para o aleitamento materno, e para o acompanhamento ambulatorial após a alta (LAMY et al., 2005).

A aplicação do MC no Brasil está dividida em três etapas. A primeira se inicia no pré-natal de alto-risco e no nascimento de um RNPT e, posteriormente, pela internação da criança na Unidade Neonatal. Nesse momento, as famílias devem ser orientadas e estimuladas a participar dos cuidados com o bebê (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012).

Na segunda etapa, após a estabilização das condições clínicas (nutrição enteral plena, ganho de peso regular maior que 15 gramas por, pelo menos, três dias e um peso superior a 1.250 gramas), o bebê é transferido para a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), onde passará o maior tempo possível em contato pele a pele com sua mãe, estimulando-se, assim, o contato físico e aumentando o vínculo entre ambos. A posição correta desse método é quando o RNBP permanece em decúbito ventral na posição vertical em contato com a região torácica dos pais (BRASIL, 2014).

A terceira etapa começa com a alta hospitalar do bebê com peso mínimo de 1.500 gramas, condições clínicas estáveis e com ganho de peso nos três dias anteriores à alta. Nesse momento, os familiares devem estar orientados a manter a posição canguru no domicílio (CONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012). A partir daí haverá acompanhamento ambulatorial ou no domicílio até que a criança atinja 2.500 gramas, dando continuidade à assistência, identificando precocemente os fatores de risco para alterações no desenvolvimento, e minimizando as possíveis sequelas de saúde do período neonatal (BORCK; SANTOS, 2010).

Com o MC há uma redução do risco de infecção cruzada e hospitalar e do número de abandono de bebês prematuros em maternidades (CABRAL; RODRIGUES, 2006). Costa e Monticelli (2005) ainda citam como vantagens do MC a diminuição do uso de ventilação mecânica e a diminuição da necessidade de fototerapia, pela redução da taxa de bilirrubinas. Bebês submetidos ao MC apresentam menor tempo de internação, oxigenação adequada, aumento e estabilização da temperatura corporal, menos episódios de apneia, redução do risco de infecção grave e melhor desempenho quanto ao aleitamento materno (LAMY FILHO et al., 2008).

O ato de amamentar precocemente as crianças de baixo peso é importante para reduzir as chances de perda de peso, além de ser um fator para o aumento do vínculo (LAMY FILHO et al., 2012). As rotinas neonatais centradas no cuidado técnico desestimulam a permanência da mãe na unidade neonatal e dificultam a amamentação (CZECHOWSKI; FUJINAGA, 2010). Assim, o MC é um facilitador do aleitamento materno exclusivo para RNBP tanto na maternidade quanto ao longo dos primeiros seis meses de vida (ALMEIDA, H. et al., 2010).

O trabalho desenvolvido por Cabral e Rodrigues (2006) revelou que, entre os bebês que tinham recebido alta em aleitamento materno exclusivo, havia alto índice de abandono da amamentação exclusiva e aumento de consumo de fórmulas lácteas, no âmbito domiciliar. Tal fato demonstra a necessidade de intervenções educativas junto às famílias, que poderão estimular o aleitamento materno e as práticas de cuidados com as demandas do RNBP.

Melo et al. (2016) desenvolveram estudo com RNPT na cidade de Maceió, Alagoas, com 30 participantes do MC e 30 não participantes. Os neonatos que passaram pelo MC não obtiveram diferenças estaticamente significantes em relação ao perfil alimentar e ao sistema sensório motor oral, quando comparados aos RN que não passaram por esse método. Porém ficou evidente nos bebês do MC um melhor vínculo mãe-filho, com o aleitamento materno se tornando, para as mães, algo concreto e prático.

A Política de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru (AHRNBP-MC) pressupõe a linha de cuidado que tem início na identificação do risco gestacional na atenção básica, acompanha a internação da mãe e do bebê na maternidade e segue a díade mãe-bebê nos diferentes ambientes de cuidado, seja no domicílio, na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no atendimento especializado (BRASIL, 2016).

3.2.1 Benefícios do Método Canguru

Diante do número crescente de nascimentos RNPT no Brasil e no mundo surgiram modelos de assistência neonatal, como o MC, que foi adotado no Brasil como uma política pública para Recém-Nascido Pré-Termo de Baixo Peso (RNPB) (SPEHAR; SEIDL, 2013). A portaria n.º 693 de 5/7/200 recomendou e definiu as suas diretrizes para implantação nas unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

Segundo o estudo realizado por Entringer et al. (2013), no município do Rio de Janeiro - Brasil, a UCINCo apresenta custos 25% superiores aos da Unidade Canguru comparando-se o valor da diária de RNs estáveis clinicamente e que podem receber assistência nas duas modalidades de cuidados.

Para melhorar a qualidade da assistência aos RNBP e aos RNPT, cuidados ambulatoriais e pós-ambulatoriais são indispensáveis. Para a sobrevivência desses bebês, utilizam-se incubadoras, monitoração contínua, ventiladores mecânicos, alimentação enteral ou parenteral, dentre outros cuidados indispensáveis em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Contudo, quando há melhora no quadro clínico dessas crianças, muitas ainda são mantidas em incubadoras, uma vez que a alta hospitalar somente pode ocorrer quando atingem, no mínimo, 2.000 gramas (COLAMEO; REA, 2006).

Nesse contexto, há necessidade de investimentos nas maternidades do país para aprimorar os aspectos técnicos, científicos e humanistas no atendimento às gestantes e aos RN de risco. Além disso, o oferecimento de leitos deve ser garantido nas UTIN, UCINCo e UCINCa de acordo com a situação apresentada pelo bebê (BRASIL, 2012).

Na melhora do quadro clínico desses neonatos, em casos em que não há qualquer enfermidade grave e quando existe capacidade de realizar sucção e deglutição, o MC pode ser utilizado para continuar o seu tratamento, proporcionando o contato pele a pele da mãe com seu filho pré-termo e/ou de baixo peso (BARRADAS et al., 2006).

O MC é voltado para a melhoria da qualidade do cuidado prestado ao RNBP e/ou RNPT com necessidade de hospitalização. A utilização dessa estratégia reduz o tempo de separação entre mãe e filho; permite melhora do controle térmico do neonato; reduz o risco de infecção hospitalar, o estresse e a dor; aumenta a taxa de aleitamento materno; melhora o desenvolvimento neurocomportamental; proporciona maior confiança e competência dos pais aos cuidados do RN. Além de todos esses benefícios, reduz o número de reinternações (BRASIL, 2014).

O sucesso do MC depende da participação familiar e deve acontecer de forma harmoniosa (ARIVABENE; TYRRELL, 2010). Anteriormente ao MC, os RNBP e/ou RNPT eram hospitalizados sem a participação da família no cuidado, causando, não raro, o abandono da criança pela mãe (NEVES et al., 2006).

3.2.2 O Método Canguru e os pais

Os pais, diante de situações de internação dos filhos, podem se sentir culpados e perceber o ambiente da Unidade Neonatal como um local estressante. Somado a isso, precisam lidar com as frustrações decorrentes da vinda de um bebê real diferente do imaginário. O bebê também vivência essa experiência, pois sofre com as privações do aconchego e do contato da mãe. Além disso, os estímulos ambientais tais como ruídos, luzes contínuas, alterações de temperatura, interrupção do sono por manuseio intenso e procedimentos dolorosos podem ser nocivos à saúde do neonato (SILVA et al., 2009).

A primeira etapa do método que ocorre na UTIN, juntamente com a multiplicidade de componentes que envolvem a maquinaria, a linguagem técnica, os procedimentos clínicos realizados e a presença de profissionais que circulam na unidade, produzem subjetividades no processo de ser mãe. E pode significar para a mãe de um RN hospitalizado a substituição de si mesma (LARA; KIND, 2014).

Os cuidados realizados nas UTIN são um grande desafio, uma vez que os RN são gravemente enfermos com a possibilidade de morte. Tal situação faz com que o trabalho seja focado na equipe e menos na presença da família. As ações da equipe de saúde devem respeitar os momentos de sono, penumbra e menor manipulação do bebê para o melhor desenvolvimento cerebral (GIANINI, 2015).

Diante do exposto, é relevante que os familiares, em especial os pais, saibam e estejam aptos a lidar com os RN submetidos ao MC, de forma que o vínculo seja mantido e que suas dúvidas quanto ao método sejam levadas em consideração. O MC oferece a possibilidade de fortalecimento do trinômio mãe-pai-filho, porém eles devem estar seguros da eficácia dessa estratégia (BRASIL, 2014).

O estudo realizado por Spehar e Seidl (2013) em um hospital da rede pública do Distrito Federal com dez mães de bebês hospitalizados, mostrou que as mães que realizaram pouco a PC na fase hospitalar apresentaram tendência à redução da prática do MC no contexto domiciliar, revelando a importância da segunda etapa do MC para a sua adoção após a alta

hospitalar. A realização da PC na segunda etapa possibilitou a verbalização pelas mães de sentimentos positivos que expressaram satisfação e conexão com o bebê.

Assim, a realização da posição canguru seria uma maneira de permitir maior contato entre mãe e filho (SANTOS et al., 2013). O sucesso dessa política é tanto a participação da família, principalmente da mãe, quanto do cuidado (BERNARDO; ZUCCO, 2015).

A metodologia principal do MC é determinada pelo aconchego, leite materno e afeto, que são fatores indispensáveis para o desenvolvimento da criança nos aspectos emocional, psicológico e físico. Essa abordagem vai além do cuidado centrado na expectativa do ganho de peso previsto pelo método tradicional (ARAÚJO et al., 2010).

No Brasil, o objetivo da política do MC é incentivar a formação de vínculo entre pais e bebês (MENEZES et al., 2014), a humanização do atendimento, e a qualidade do cuidado técnico oferecido ao bebê, à mãe, ao pai e à sua família (OLIVEIRA et al., 2015).

3.2.3 O Método Canguru e os profissionais de saúde

O MC foi criado para romper com o cuidado fragmentado e disciplinar e, assim, se tornar humanizado. Porém, os profissionais ainda não acompanham essa mudança de paradigma no cuidado ao recém-nascido e à sua família. Para a implantação de uma política de cuidados, há a necessidade do interesse de todos os envolvidos, no entanto os bebês ainda recebem uma assistência centrada na doença e não são assistidos integralmente. Os autores destacam o descompasso entre o conhecimento e a prática (KLOSSOSWKI et al., 2016).

Silva et al. (2015), em um estudo realizado com oito enfermeiras na UTIN de um hospital universitário público na cidade do Rio de Janeiro, demonstraram que existem profissionais que valorizam o Método Canguru e persistem na sua aplicação apesar das dificuldades, mas há também aqueles que desvalorizam e comprometem a continuidade das práticas na UTIN primeira etapa do método.

Os resultados dos estudos realizados por Balbino, Balieiro e Mandetta (2016), e por Balbino et al. (2016) em uma UTIN de um hospital de São Paulo, sobre o cuidado centrado no paciente e na família, refletem que a equipe precisa de uma educação permanente para que ocorra uma mudança concreta na sua cultura para que a família seja incluída no cuidado do bebê.

Quanto à Atenção Básica (AB) e às consultas de retorno do MC, a pesquisa realizada por Aires et al. (2015), no município de Joinville, Santa Catarina, com 31 profissionais de

saúde demonstra que os profissionais da saúde consideram o recém-nascido prematuro como um desafio para cujo atendimento se sentem desamparados e despreparados.

Os autores supracitados sugerem ações de divulgação, capacitação e sensibilização sobre o MC para que haja a efetivação da terceira etapa do método também na atenção básica, pautada no princípio da integralidade no cuidado.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Conhecer a experiência dos pais de recém-nascidos de baixo peso na adaptação ao Método Canguru no ambiente hospitalar e em domicílio.

4.2 Objetivos específicos

Identificar o conhecimento dos pais sobre o Método Canguru;

Descrever como o Método Canguru é aplicado pelos pais no ambiente hospitalar e em domicílio.

5 CAMINHO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, na modalidade Estudo de Caso, desenvolvido no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) de Campo Grande, MS.

A metodologia qualitativa trata das relações, representações, percepções e opiniões relacionadas com o que as pessoas vivem, sentem e pensam. Esse tipo de estudo aborda o universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes, correspondendo a uma área mais profunda das relações e permite apreender a experiência humana em seu contexto social (MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa é um trabalho artesanal, realizada fundamentalmente por uma linguagem baseada em conceitos, proposições, hipóteses, métodos e técnicas; linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular (MINAYO, 2014).

No estudo qualitativo o pesquisador deverá ir além da disciplina técnica, deverá ser criativo, e ter a capacidade de indagar. O pesquisador deverá estar emocionalmente envolvido com o seu objeto de estudo (TURATO, 2003).

Em termos de pesquisa qualitativa, destaca-se o Estudo de Caso, por constituir um dos desenhos de pesquisa utilizados para análise das experiências dos serviços e por traduzir, de forma emblemática, a lógica científica da abordagem qualitativa (DESLANDES; GOMES, 2004).

Tendo sua origem na pesquisa médica e psicológica, o Estudo de Caso, segundo Becker (1999), reporta-se a uma análise minuciosa, capaz de elucidar a dinâmica e a patologia de uma doença específica.

A essência do Estudo de Caso, segundo Minayo et al. (2005), é esclarecer por que e como determinadas decisões foram tomadas.

O Estudo de Caso consiste em uma estratégia de busca e compreensão e de auxílios que pode transcender a atuação particular e os objetivos clínicos específicos, contribuindo para a construção do conhecimento científico. Além disso, possibilita apreender o indivíduo em sua integralidade e em seu contexto (PEREIRA; GODOY; TERÇARIOL, 2009).

Os Estudos de Caso mapeiam, descrevem e analisam as relações, os contextos e as percepções sobre uma situação, um fenômeno ou um evento em questão. Além disso, é útil para gerar conhecimentos sobre intervenções geradoras de processos de mudanças. Dentre

seus objetivos é possível evidenciar a compreensão dos esquemas e de suas estruturas em um episódio específico, e a realização de um exame detalhado dos processos organizacionais ou relacionais. Além disso, permite esclarecer os fatores que interferem nos processos e apresenta a possibilidade de análises replicáveis em situações semelhantes (MINAYO, 2014).

É aconselhável aos pesquisadores que utilizam o Estudo de Caso a construção de um banco de dados com evidências relevantes elencadas ao longo da pesquisa de campo que permitam a contextualização do problema. Esse banco de dados pode ser construído a partir da entrevista, dos grupos focais e da observação (MINAYO, 2014).

Esse método de pesquisa vem sendo cada vez mais utilizado nas pesquisas em enfermagem. O conhecimento é desenvolvido a partir dos eventos particulares, o que permite conhecer amplamente e detalhadamente o tema proposto. Dessa maneira, o Caso pode ser um grupo, uma instituição ou uma experiência que explica a realidade completa e profunda (KIMURA; MERIGHI, 2003).

5.2 Cenário

5.2.1 O Hospital

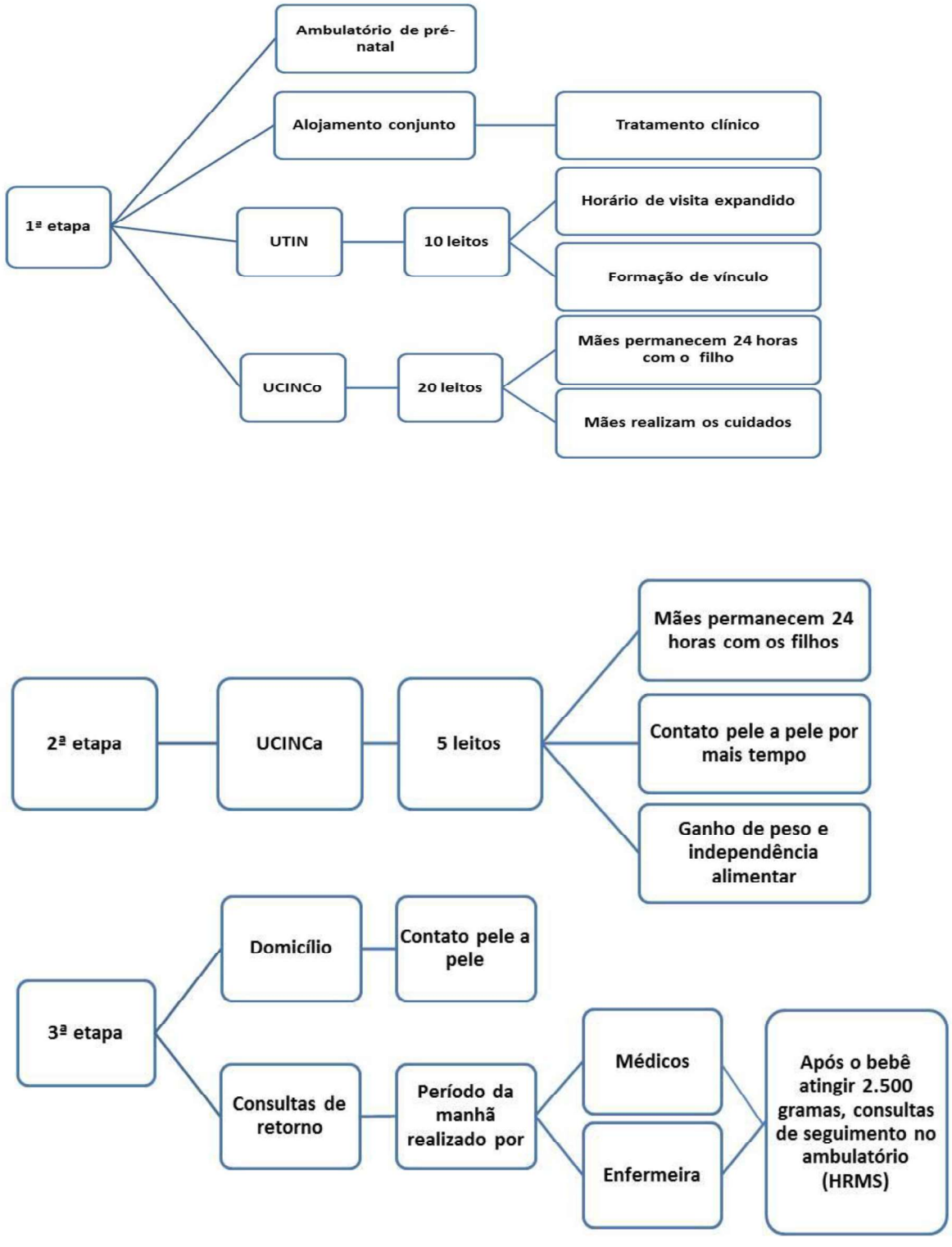
O Estado de Mato Grosso do Sul foi criado em 1977 e Campo Grande tornou-se sua capital. O Estado localiza-se no sul da região Centro-Oeste e possui 79 municípios. A população estimada é de 2,68 milhões (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Inaugurado em 1997, o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) é uma instituição pública estadual que conta com 352 leitos e se divide em sete linhas de cuidado: cardiovascular, clínica cirúrgica, clínica médica, nefro-urologia, oncológica, paciente crítico e materno-infantil. Possui os títulos de Hospital Amigo da Criança, Hospital de Ensino, e colaborador no Hospital Sentinela (MATO GROSSO DO SUL, 2016).

O complexo materno-infantil (Centro-Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional, , Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru e o consultório da terceira etapa do Método Canguru) situam-se no segundo andar do HRMS. O Banco de Leite encontra-se no térreo; o Alojamento Conjunto (ALCON), no quinto andar; o lactário, no subsolo; e a UTIP (Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica), no primeiro andar junto com as Unidades de Terapia Intensiva adulto.

Os locais por onde os RNBP ou RNPT, as mães e os familiares são inseridos no processo de desenvolvimento do Método Canguru estão dispostos nos esquemas das Figuras a seguir:

FIGURA 1



Organização: CAÑEDO, 2017

5.3 Período da pesquisa

A pesquisa se efetivou em dois períodos:

Durante a hospitalização do RNPT ou RNBP, na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru do HRMS, mediante a observação, as entrevistas e consulta a prontuários.

Após a alta hospitalar dos RNPT ou RNBP, durante as visitas às residências dos participantes, acompanhamento às consultas de terceira etapa do MC e consultas de seguimento no ambulatório do HRMS.

A coleta de dados foi realizada de março a dezembro de 2016.

5.4 Participantes

Foram selecionados para participar do estudo mães (doze) e pais (três) que tiveram a experiência de terem seus filhos internados na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru do HRMS devido ao baixo peso. Dentre as mães, participaram duas adolescentes (idade menor de 18 anos).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 2015), é considerado como adolescente aquele com idade entre doze e dezoito anos de idade. E, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a idade seria entre dez e dezenove anos (BRASIL, 1996). Neste estudo, será utilizada a classificação do ECA.

Devido à gemelaridade, este estudo conta com 18 recém-nascidos.

A distribuição dos bebês/mães pelo Estado de Mato Grosso do Sul está assim distribuída: um bebê mora no município de Paranaíba, um mora em Corumbá, dois moram em Terenos, e 14 moram em Campo Grande. Embora as famílias venham de outros municípios, todos os bebês nasceram em Campo Grande, no HRMS.

A pesquisadora realizou contato prévio com os participantes para verificar se aceitavam participar da pesquisa. Em caso afirmativo, solicitou que o participante escolhesse o local, data e horário mais convenientes para as entrevistas. O local destinado para a entrevista foi privado e reservado para tal, de forma que não houve interrupções, constrangimentos ou movimento de entrada e saída de pessoas. A observação foi realizada durante a hospitalização das crianças e no domicílio dos pais.

Os critérios de inclusão recaíram sobre os pais e mães que tiveram a experiência de terem seus filhos internados na UCINCa do HRMS devido ao baixo peso e que participaram da segunda etapa do Método Canguru.

5.5 Procedimentos, técnicas e instrumentos de coleta de dados

As principais técnicas utilizadas para a coleta de dados foram: a observação no ambiente hospitalar e domiciliar (APÊNDICE C), o genograma e ecomapa, a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) e a consulta de prontuários da instituição (APÊNDICE B).

Para testar a adequação do instrumento aos objetivos desta pesquisa, a pesquisadora aplicou um pré-teste com uma participante, no mês de março de 2016, utilizando o roteiro semiestruturado. Essa entrevista faz parte da pesquisa.

5.5.1 Observação

A observação teve um papel relevante na trajetória da pesquisa. Partindo desse pressuposto, a pesquisadora aproximou-se do grupo social em estudo. A vida cotidiana foi observada durante o processo de hospitalização do RNBP na UCINCa e, após a alta hospitalar, com acompanhamento em domicílio.

A pesquisa de campo permite a aproximação do pesquisador com a realidade sobre a qual formulou uma pergunta, e também estabelece uma interação com os participantes que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico. A observação é um processo no qual o pesquisador se coloca como analista de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica (MINAYO, 2014).

De acordo com Minayo et al. (2005), uma das vantagens da observação é trazer para a avaliação uma grande quantidade de informações, uma mediação entre a teoria da abordagem e uma nova teoria gerada a partir do campo.

O principal instrumento do trabalho de observação é o diário de campo (MINAYO, 2014).

5.5.2 Genograma e Ecomapa

O genograma e o ecomapa (APÊNDICE H) foram elaborados para melhor compreender as relações mãe-pai-filho com os familiares e com o MC, e serviram, portanto, de subsídio para a análise dos dados.

Os genogramas auxiliam as enfermeiras a pensarem na família e a visualizar o seu funcionamento, oferecendo dados sobre relacionamento, saúde, ocupação, religião, etnias e migrações. O ecomapa retrata as relações oprimidas por conflitos familiares; são desenhadas linhas entre a família e os círculos externos para indicar os vínculos afetivos existentes. Essas ferramentas proporcionam para a enfermeira um conhecimento da estrutura familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

5.5.3 Entrevista

Para Minayo (2014), a entrevista é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo e tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa.

Os participantes tiveram a opção de gravar ou não a entrevista, durante a qual foi utilizado um vocabulário adequado.

O início das entrevistas se deu após vários contatos com os pais durante a hospitalização dos filhos. As estratégias utilizadas para a entrevista foram construídas gradativamente e a sua condução ocorreu de acordo com as características de cada entrevistado e conforme o local onde foi realizada.

5.5.4 Consulta em documentos

Os prontuários dos recém-nascidos foram consultados para se complementar os dados do Estudo de Caso proposto (APÊNDICE B).

5.6 Sistematização dos dados e análise dos dados

No decorrer da pesquisa, a sistematização dos dados foi proveniente das observações registradas em diário de campo e das entrevistas.

Os dados foram construídos sistematizados segundo o enfoque da análise temática proposto por Minayo (2014), que estabelece três fases: a pré-análise e exploração do material; o tratamento dos resultados obtidos; e a interpretação. Após a transcrição dos depoimentos, é feita a leitura das entrevistas buscando a coerência das informações. Em seguida, dá-se o recorte de cada entrevista em unidade de sentido que busca conhecer as conexões entre elas. Já a recorrência dos dados é agrupada por temas correspondentes e, posteriormente, em categorias temáticas. A análise final consiste na interpretação dos dados.

Desse modo, no primeiro momento, os casos foram caracterizados. Os genogramas e ecomapas foram elaborados e as visitas às residências dos participantes foram descritas. As informações obtidas foram coletadas das entrevistas, das observações registradas em diário de campo e dos prontuários.

Na segunda etapa, foram realizadas leituras das entrevistas, dos documentos e do diário de campo. A recorrência dos assuntos permitiu agrupar os dados em temas e subtemas e, em seguida, em categorias temáticas de acordo com as questões das entrevistas e de outros temas que não foram contemplados no roteiro inicial.

5.7 Aspectos éticos e legais

O projeto foi encaminhado para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), em cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no país (BRASIL, 2013). O projeto foi aprovado pelo CEP/UFMS com o protocolo CAAE n. 51279715.6.0000.0021, parecer n. 120264/2015 de 16/12/2015 (ANEXO A) e notificação de 02/12/2016 (ANEXO B).

Precedendo o início de cada entrevista, será lido: o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), constante no apêndice D, para os pais participantes com 18 anos ou mais; o termo de assentimento livre e esclarecido (TALE) para os pais adolescentes (APÊNDICE E). juntamente com o TCLE, aos pais ou responsáveis legais pelo adolescente (APÊNDICE F). Em seguida, explicado e discutido o seu conteúdo.

A pesquisa conta com a autorização do HRMS (ANEXO C) e com o termo de compromisso assinado pela pesquisadora para a utilização de informações de prontuários (ANEXO D).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos casos

A seguir, serão apresentados e caracterizados os doze casos.

6.1.1 Caracterização dos pais e dos bebês prematuros

Com referência às idades das mães, dentre as doze participantes: duas tinham menos de 18 anos; duas tinham entre 18 e 20 anos; duas se encontravam na faixa etária dos 21 aos 25 anos; três tinham entre 26 e 30 anos de idade; uma estava na faixa etária de 31 a 35 anos; e duas delas na faixa etária igual ou superior a 41 anos. No que se refere à idade dos três pais participantes: um tinha idade igual ou inferior a 20 anos; um tinha entre 26 e 30 anos; e um era maior de 51 anos.

A pesquisa de Silva et al. (2016a), um estudo ecológico utilizando dados dos sistemas de informações do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Rede Interagencial de Informações para a Saúde, demonstrou redução no número de partos nos quinze anos avaliados, porém a gravidez na adolescência se manteve elevada (19%), e que, entre as mulheres com 40 anos ou mais, as primíparas aumentaram em mais de 100%, o que caracteriza a postergação do nascimento do primeiro filho.

Com relação à escolaridade das mães, duas tinham concluído o ensino superior, uma tinha o ensino superior incompleto, uma concluiu o ensino médio, cinco não terminaram o ensino médio, e três não concluíram o ensino fundamental. Dentre os pais, dois não concluíram o ensino médio e um não concluiu o ensino fundamental.

Quanto ao estado marital, as doze participantes moravam com o companheiro. No momento da entrevista, dois pais estavam desempregados e um pai é soldador autônomo. Das mães, quatro apresentavam vínculo empregatício. A renda familiar mensal das entrevistadas foi: seis referiram a renda entre um e dois salários mínimos, três referiram entre dois e meio a três e meio, uma entre quatro a cinco e meio, uma acima de nove salários mínimos e uma mãe não tinha renda.

A religiosidade foi assim traçada: sete famílias eram evangélicas; duas, católicas; uma, participante da Umbanda; uma referiu não ter religião; e uma não respondeu.

Do total de mães participantes, onze submeteram-se à cesariana devido a complicações maternas que levaram ao sofrimento fetal e uma foi submetida ao parto vaginal. Seis mães

entrevistadas eram primíparas e seis eram não-primíparas; destas, uma mãe tinha experiência com o nascimento de filho prematuro e aborto.

Quanto à causa do parto prematuro, um foi devido à presença de Oligodramnio e centralização fetal; um foi devido à Síndrome de Hellp, dois, devidos ao Descolamento Prematuro de Placenta (DPP); cinco em virtude de Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG); dois por Trabalho de Parto Prematuro (TPP) e gemelaridade; e um por Bolsa Rota.

Desses doze casos, duas mães tiveram acompanhante de sua escolha durante o nascimento dos filhos.

Com relação ao peso de nascimento dos recém-nascidos, onze bebês classificaram-se como baixo peso, quatro foram classificados como muito baixo peso, dois foram classificados como extremo baixo peso e um bebê foi classificado como micropremature. A idade gestacional de treze bebês variou de 31 a 34 semanas e quatro dias, dois de 30 a 27 semanas e três bebês apresentaram idade gestacional de 26 semanas.

Destes, três recém-nascidos foi classificado como PIG, o que equivale a 17%. Este achado discorda do estudo realizado por Menezes et al. (2014), em uma maternidade do nordeste do Brasil que 73,8 por cento dos RN que participaram da pesquisa foram classificados ao nascer como PIG.

Quanto ao tempo de permanência dos bebês na Unidade Neonatal, verificou-se que dois permaneceram por até 15 dias; quatro ficaram hospitalizados pelo período de 16 a 25 dias; oito de 30 a 50 dias; um até 60 dias; um por até 90 dias; e dois por até 115 dias. Destes, nove necessitaram de internação na Unidade de Terapia Intensiva, oito ficaram na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e um na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Uma mãe necessitou de internação na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

No momento da alta, um bebê tinha diagnóstico de Hemorragia Peri-intraventricular grau II com hipercogenicidade posterior; um com diagnóstico de Hemorragia Peri-intraventricular grau I; um com laringomalácea leve; um com sindictilia parcial de segundo e terceiro pododáctilos bilateral; e um com suspeita de espinha bífida oculta. Conforme os registros, os demais saíram de alta hospitalar sem intercorrências.

Durante a hospitalização, quatro bebês retornaram para a UCINCo, dos quais dois devido a estímulo em mamadeira, um por infecção e um por hipotermia. Após a alta hospitalar, dois bebês foram hospitalizados novamente.

O quadro com a caracterização dos pais e dos bebês prematuros encontra-se no apêndice G.

6.1.2 Caracterização da moradia

Cinco famílias viviam em casa própria; três moravam em casa alugada; uma, em casa cedida; e três estavam morando com os companheiros na casa dos pais/sogros. Dentre os domicílios visitados, dez eram de alvenaria e um era de madeira coberto com lona e telha. Os participantes referiram coleta pública de lixo domiciliar, energia elétrica de rede pública e água encanada e tratada.

Cinco casas contavam com pavimentação asfáltica, e o sistema de esgoto estava presente em seis casas.

Verificou-se que 16 bebês dormiam no seu berço/carrinho e dois dormiam com os pais. Todos os bebês estavam com a situação vacinal em dia. Um bebê permaneceu em Aleitamento Materno Exclusivo (AME) após a alta hospitalar.

O AME é um dos pilares do MC, e o MC um facilitador do AME (ALMEIDA et al., 2010), porém, nesta pesquisa, sua frequência depois da alta hospitalar esteve abaixo da esperada. Assim como no estudo realizado por Menezes et al. (2014), o aleitamento materno exclusivo foi menor quando comparado a outros estudos.

Dois bebês eram amamentados durante o dia no seio pela tia (materna). Esse achado é próximo ao encontrado no estudo de Gomes et al. (2015), com 15 mulheres em dois municípios do estado do Rio de Janeiro. Mesmo que as entrevistadas reconhecessem possibilidades de contraindicações na amamentação cruzada, elas relacionam o não aleitamento materno como um dano maior.

6.2 As categorias temáticas

Para a construção das categorias temáticas, foram consideradas as distintas experiências dos pais de RNBP na adaptação do MC, assim como suas relações e contextos que envolveram essa questão.

Desse trabalho de sistematização, surgiram as seguintes categorias temáticas, temas e subtemas:

QUADRO 1 - APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS E DOS TEMAS E SUBTEMAS CORRESPONDENTES

Categorias temáticas	Temas e subtemas
1- Concepção do Método Canguru para os pais	• O significado do MC para os pais • Benefícios do MC para as crianças
2- A experiência dos pais com o Método Canguru no ambiente hospitalar	• A efetividade do MC A troca de conhecimento Dedicação integral ao filho A atenção e a participação da família Gratidão à equipe de saúde O MC como facilitador do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) O MC como colaborador na formação de vínculo A superação de obstáculos. • Descompasso do MC O nascimento do filho pequeno e frágil O retorno dos pais para casa sem o filho A necessidade de ambiência acolhedora Fragilidades existentes no processo de trabalho Relações conflituosas dos pais com a equipe de saúde A vivência da internação do filho e os sentimentos Falta de cuidado individualizado
3- A experiência dos pais com o Método Canguru no ambiente domiciliar	• Adaptação da família • Acompanhamento do bebê após a alta hospitalar: sucessos e insucessos.

Organização: CAÑEDO, 2017

6.3 A interface dos pais com o MC

A análise e interpretação dos dados evidenciados permitiram agrupar os depoimentos em três categorias temáticas, subdivididas em temas e subtemas.

Assim, as categorias temáticas que descrevem a interface dos pais com o MC são: concepção do Método Canguru para os pais; a experiência dos pais com Método Canguru no ambiente hospitalar; e a experiência dos pais com o Método Canguru no ambiente domiciliar.

6.3.1 Categoria Temática 1 - Concepção do Método Canguru para os pais

Os discursos dos pais expressam sua compreensão sobre o Método Canguru durante a hospitalização dos filhos.

Essa categoria temática surgiu a partir dos seguintes temas: o significado do Método Canguru para os pais, e benefícios do Método Canguru para as crianças.

O significado do Método Canguru para os pais

É possível evidenciar que os pais percebem o MC como um cuidado que possibilita a aproximação deles com os filhos. Desse modo, há a formação de vínculo afetivo, conforme as falas a seguir[1]:

> A doutora falou que o Canguru é pra você ficar mais com seus filhos amarrados, estarem mais próximos de vocês. (LURDES)

> É onde as mães acolhem bem mais os filhos, que a gente fica bem mais próximo, querendo ou não, você tem que ficar mais próximo deles, é algo assim. A gente vai conhecendo eles cada dia que passa, porque a gente tá cuidando, a gente tá perto, tá do lado um do outro. (ALANA)

> Eu acho assim, que o Método Canguru foi mais para minha aproximação dele, para aprender a cuidar dele, para ter mais um vínculo entre mãe e filho [...] Era mais mãe e filho ali, pra dar as vitaminas, pra fazer tudo. (MIRELA)

Segundo o Estudo de Caso realizado por Pergher, Cardoso e Jacob (2014), com cinco mães de bebês pré-termo de muito baixo peso utilizando como referencial teórico a teoria psicanalítica de Winnicott, percebe-se que a formação do vínculo entre a mãe e o bebê pré-termo é muito importante, pois ele necessita de suporte materno para seu desenvolvimento emocional. No entanto a mãe enfrenta situações emocionais adversas como o luto, as

[1] Os nomes apresentados no decorrer de todo o estudo são fictícios, a fim de preservar o anonimato dos participantes, com respeito aos aspectos éticos da pesquisa.

frustrações e o risco iminente da morte do filho, assim, ela necessita superar estas situações para se vincular afetivamente ao seu filho.

Com o intuito de diminuir os efeitos negativos da hospitalização do recém-nascido prematuro, surge o Método Canguru, que proporciona mais contato entre o bebê e a sua família (LAMY et al., 2005).

Na percepção dos pais, o MC possibilita o melhor desenvolvimento do filho pré-termo:

> Assim pela vivência, o Método Canguru seria uma metodologia que ensina a mãe e os familiares a cuidar bem da criança prematura, que nasceu fora do tempo a ter um desenvolvimento adequado, principalmente em cima da amamentação materna e o vínculo eu acho que é de coração com aquela criança, para que ela possa se desenvolver melhor, na fase que ela nasceu antes do tempo. (VANUZA)

> Eu acho que é uma forma de ajudar o bebê a evoluir mais rápido, sair de lá mais rápido, pelo contato da mãe com o bebê de pele a pele, o calor. (LAURA)

No estudo realizado por David et al. (2012), em um hospital materno infantil de Goiânia, com RNPT nascidos entre os meses de agosto, setembro e outubro de 2006, foi observado que o MC pode ter influenciado o desenvolvimento motor dos bebês nascidos pré-termo e com baixo peso. Essas crianças não apresentaram atraso no desenvolvimento motor aos seis meses de idade corrigida.

Os pais consideram o contato pele a pele agradável tanto para eles quanto para os filhos:

> Uma forma mais aconchegante de trazer o seu filho para perto de você e tem a posição que é muito agradável tanto para a mãe quanto para o bebê, faz um bem danado, tanto pra um quanto pro outro, acho que é isso (risos). (CATARINA)

A participação dos familiares no MC favorece o vínculo e a reaproximação dos pais com os filhos (FREITAS et al., 2006).

No depoimento a seguir, fica evidente a importância do MC no aprendizado da mãe na realização dos cuidados com o filho prematuro, além da adesão ao aleitamento materno e a necessidade de estar à disposição do filho. Ressalta-se a importância das orientações dadas pela equipe de saúde:

> É bom para ensinar a gente a amamentar melhor, direito, da forma certa, correta, pra você ter mais proximidade com seu bebê, que é o de por no canguru, ali senti ele, você tem que sentir, é bom, que daí você amamenta bem, que eles te ensinam uma posição que você sente seu bebê melhor, que você o sente amamentar, não mexe com algumas coisas, atenção só para seu bebê, aquela hora de amamentar, só você e seu bebê. (NEIDE)

As mães ficam mais tranquilas à medida que assumem os cuidados dos filhos e realizam a PC (MARTINS; SANTOS, 2008).

Nas próximas falas, as mães relacionam o contato pele a pele como uma continuação da gestação, interrompida pelo parto prematuro:

> Até a posição é como se elas estivessem na barriga ainda, acho que eles devem se sentir assim. Então eu acho que isso ajuda, pra mim é isso, é essa posição pele a pele, contato com a mãe. O meu marido também falou que parecia que ela estava na barriga dele, como se ele estivesse grávido (risos) dela. E é isso, parece que lembra isso. (LAURA)

> Porque quando o neném, quando ele é prematuro ele acha que ainda está na barriga da mãe, então, querendo ou não, depois que ele saiu da incubadora que ele começou a ficar mais esperto. (MIRELA)

> Eu ficava bastante tempo com ele no colo, pra ele se sentir mais protegido, por ele ser prematuro ele acha que tá dentro da barriga. E vai se desenvolvendo bem mais, e vai ganhando peso, sem contar que eles ficam tão quietinhos quando tá colado na gente. (ALANA)

O estudo realizado por Furlan, Scochi e Furtado (2003) com dez pais, em um hospital filantrópico no interior do Estado de São Paulo, revelou que mesmos também relacionaram o contato pele a pele como uma possibilidade imaginária de retorno do RNPT ao ventre materno.

A mãe relaciona o contato pele a pele com o embrião do canguru que se desenvolve na bolsa marsupial para, assim, finalizar seu desenvolvimento:

> Um canguru! (risos) um canguruzinho, colocar os bebezinhos assim, deixar calminho e deixar amarradinho nas mamães, é bom, é ótimo [...]. (ROSA)

A mãe vivencia o medo da perda do filho pré-termo, o que dificulta a adesão ao MC. No entanto, quando supera seus temores, consegue oferecer ao filho um ambiente melhor para o seu desenvolvimento. O MC possibilita, por meio do contato pele a pele, uma conexão entre mãe e filho (MOREIRA et al., 2009).

É possível notar que a mãe limita o contato pele a pele para as crianças com peso inferior a dois quilos:

> O Método Canguru não seria para bebês com menos de dois quilos? Elas estavam já com mais de dois quilos. (LAURA)

Todos os RN podem beneficiar-se do contato pele a pele, principalmente aqueles que nascem com peso menor que 2.500 gramas. Para estes recomenda-se a PC no mínimo uma vez por dia, independentemente do local onde estiverem (BRASIL, 2016).

Por mais que a PC seja indicada para os bebês com menos de 2.500 gramas, não existe nenhuma contraindicação para que qualquer bebê seja colocado em contato pele a pele (LAMY, 2003).

O nascimento de um filho prematuro e sua hospitalização gera nos pais sentimentos de frustrações devido às mudanças de planos. O Método Canguru pode ser considerado como um facilitador por proporcionar a participação da família no cuidado:

> Ele une mais o casal. Ele uniu bastante eu, minhas filhas e o meu marido. (MICHELE)

A efetivação do MC depende da vontade da mãe em participar, da rede de apoio familiar que essa mulher tem e de uma equipe de saúde atenciosa e participativa. O pai é cada vez mais instigado a permanecer junto da esposa e do filho, porém o papel de gênero ainda prevalece (TOMA, 2003).

A mãe relaciona o MC como uma medida de conforto e de proteção para o filho:

> A gente colocava a camisola do hospital, tirava toda a blusa e colocava-o mesmo encostado na gente, amarrado, parece que os nenês até acalmam assim, quando tem um contato com a gente, acalma, por que querendo ou não, é colo da mãe, então, acalmavam mesmo, eles dormiam e se sentiam meio protegidos. (MIRELA)

Os pais se tranquilizam na medida em que acompanham a evolução do filho e estreitam seus laços afetivos (FURLAN; SCOCHI; FURTADO, 2003).

Para alguns pais participantes deste estudo, o Método Canguru era considerado desconhecido:

> Nunca tinha ouvido falar que existia isso. Nunca mesmo. (MICHELE)

Embora a sobrevida dos RNPT seja relacionada com as tecnologias aprimoradas e equipamentos neonatais, o MC foi considerado a intervenção complementar mais eficaz (MARQUES et al., 2016).

Benefícios do Método Canguru para as crianças

A experiência do MC traz benefícios para as crianças, percebidos e relatados pelos pais, como o favorecimento do vínculo e a aproximação dos pais com os bebês, o ganho de peso ponderal dos filhos, o estímulo ao desenvolvimento do bebê prematuro, a alta precoce e a segurança para a realização dos cuidados. Além desses aspetos, os bebês ficam mais calmos e dormem melhor.

> O Método Canguru que é o do peitinho de colocar ele em pezinho aqui é importante, pra criança, pra fazer arrotar, pra fazer engordar, para eles terem contato com a mãe, que é o que fez muito bem para os meus filhos, que eu acho que engordou muito, eles fazendo esse Método Canguru. (CATARINA)

> A enfermeira falou que o canguru ajuda no desenvolvimento, no ganho de peso e ajuda a ter a convivência, que estar sempre com elas próximas no corpo a corpo ajuda elas a se desenvolverem mais rápido. Que com elas no colo, elas ficam mais calmas. (LUIZ)

O MC proporciona benefícios clínicos para os bebes, além de ser prazeroso para as mães e os familiares (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012).

Nas falas, percebe-se a ênfase dada pelos pais ao ganho de peso do bebê pré-termo:

> O Canguru assim o que a gente leva e fica com a criança todo o tempo, ele ganha peso, é um processo mãe e filho muito grudado. (TATIANA)

> É ficar com a criança no colo para ela ganhar peso. (CLARA)

> [...] Eu falava assim: ai, eu acho que vou ganhar a mãe canguru do ano, porque o tanto que eu fazia e o tanto de peso que ela sobressaia com relação às outras crianças! Eu acho que, comprovadamente, a criança que fica no método pele a pele ganha mais peso. (VANUZA)

> [...] A técnica de enfermagem de lá explicou que ajuda o bebê a ganhar peso, que é por isso que as mães que vão lá para o Canguru, tentam ficar o maior tempo possível com os bebês, desse jeito. (LAURA)

Dentre as vantagens encontradas no MC, estão o incentivo ao aleitamento materno exclusivo, a diminuição dos custos hospitalares, e a redução nas taxas de infecção hospitalar e de morbimortalidade neonatal (TOMA, 2003).

A formação de vínculo entre mãe-filho proporcionada pelo MC é verificada nos depoimentos:

> Porque ajuda no crescimento, ajuda a desenvolver mais e no ganho de peso, sem contar que eles ficam bem mais próximos da gente, a gente vai criando mais amor por eles. (ALANA)

> Eles diziam que ajudava a ganhar peso, e tudo, que era melhor pra eles o vínculo com a mãe. (MIRELA)

Uma das prioridades do MC é que haja prazer para a mãe e filho na realização desse método (FREITAS et al., 2006).

O MC é evidenciado como importante para o crescimento e desenvolvimento do bebê pré-termo:

> O canguru é pra ficar mais com ela, ficar mais no colo pra ela se desenvolver, pra ela engordar, pra ela pegar mais peso, pra ela ter mais contato com a mãe. A médica falou pra ficar com ela no colo, porque não era pra ela ter nascido ainda; era pra ela nascer este mês, que tudo atrasa mais, então é pra gente ficar mais com ela no colo pra desenvolver mais rápido. (LURDES)

O RNPT teve seu crescimento e desenvolvimento intrauterino suspenso pelo parto antecipado e o crescimento e desenvolvimento precisam ser avaliados de acordo com a idade gestacional corrigida, correção esta que será feita até os dois anos de vida (BRASIL, 2016).

A seguir, o pai evidencia que o MC auxiliou na administração da dieta da filha, no ganho de peso e que, para ele, o MC deve ter mais benefícios que não foram ainda evidenciados:

> É saudável, é bom pra saúde, ajuda a engordar, ajuda a desestressar, quando a criança estiver estressada, o Método Canguru, acalma, fica tranquila. E nisso ela vai ganhando peso. Até pra passar a dieta, a minha nenê estava na sonda e fora do canguru ela chorava, o leite voltava, quando eu a colocava no canguru, ela acalmava, tanto que pra fazer dieta dela o Método Canguru é bom. O Método Canguru não é bom só pra ganhar peso, essas coisas só não; ele é bom para muitas outras funções, e até uma que a gente talvez nem conheça ainda. (DANIEL)

Os bebês prematuros que realizaram o contato pele a pele apresentaram em dez anos uma melhor fisiologia e uma melhor reciprocidade mãe e criança. Essas descobertas são as primeiras a demonstrar os efeitos em longo prazo da intervenção precoce baseada no toque, na organização fisiológica dos bebês e no controle comportamental. Assim, há registros de intervenções precoces mais direcionadas (FELDMAN; ROSENTHAL; EIDELMAN, 2014).

O MC tranquiliza as crianças, segundo expressa uma das mães:

> E eles ficam mais calmos, mais sossegados; esquece aqui; parece que dormem mais tranquilos, fiquei bastante com ela no canguru. (ROSA)

No estudo realizado por Olmedo et al. (2012), com 20 RNPT de 24 a 36 semanas de idade gestacional, em uma UTIN de um hospital de ensino de Campo Grande - MS, cujo objetivo era comparar a posição canguru e a posição prona, ficou evidente que o contato pele a pele proporcionou estabilização nos parâmetros fisiológicos dos bebês. O pai relata que irá aconselhar os familiares e amigos a realizarem a PC:

> O Método Canguru acalma a criança, ajuda a criança a engordar. Eu tive essa experiência, eu fiz com as minhas filhas, Larissa e Lavínia, e pra mim foi uma experiência muito boa e eu aconselho a passar adiante. (DANIEL)

O MC proporciona benefícios como mais rotatividade de leitos de unidade neonatal, diminuição dos custos com internação; para o bebê, o ganho de peso; para as mães, mais confiança na realização dos cuidados com o filho. Sem mencionar a redução da morbimortalidade (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012).

A mãe percebeu que o contato pele a pele proporcionava melhora clínica precoce:

> A recuperação é rápida. (ROSA)

No presente estudo, ficou claro que os pais sabiam os benefícios que o MC proporciona para eles e para os filhos, pois a técnica foi incentivada pela equipe que cuidava

de seus filhos. Já na pesquisa realizada por Maia et al. (2011), com 15 famílias na UCINCa de uma maternidade de Rio Branco - Acre, observou-se que os pais desconheciam os inúmeros benefícios realização do contato pele a pele, pois não foram bem orientados pela equipe.

6.3.2 Categoria Temática 2 - A experiência dos pais com o Método Canguru no ambiente hospitalar

Os depoimentos dos pais expressam como foi a experiência deles e de seus filhos pré-termo e/ou baixo peso hospitalizados na unidade neonatal relacionado ao MC.

Essa categoria temática surgiu a partir dos seguintes temas: A efetividade do MC e O Descompasso do MC.

O primeiro tema é dividido nos seguintes subtemas: A troca de conhecimento; Dedicação integral ao filho; A atenção e a participação da família; Gratidão à equipe de saúde; O MC como facilitador do Aleitamento Materno Exclusivo (AME); O MC como colaborador na formação de vínculo; e A superação de obstáculos.

Em relação ao segundo tema (O descompasso do MC), os seguintes subtemas serão expostos: O nascimento do filho pequeno e frágil; O retorno dos pais para casa sem o filho; A necessidade de ambiência acolhedora; Fragilidades no processo de trabalho; Relações conflituosas dos pais com a equipe de saúde; A vivência da internação do filho e os sentimentos; e Falta de cuidado individualizado.

A efetividade do MC

A troca de conhecimento

A hospitalização do filho é momento de grande dificuldade para os pais, porém eles conseguem ver oportunidades dentro desse ambiente hostil, como a formação do vínculo, a reestruturação familiar e o aprendizado:

> A gente aprende coisa que eu, que já tinha dois filhos, não tinha ideia que era daquela maneira; eu fui aprender a dar banho agora, ali no Método Canguru, eu sempre dei banho nos meus filhos, mas eu dava errado, eu não segurava a orelhinha, para não ter perigo de entrar água, nunca fiz isso, aquelas massagens, nunca fiz nos meus filhos. Eu aprendi tudo ali, pra mim foi como se fosse o primeiro filho, que eu estava tendo. (ISADORA)

Durante a internação do filho prematuro e de acordo com a recuperação do RNPT, a mãe passa a realizar os cuidados com ele por meio do banho, da administração da dieta, além do tocar e pegar o filho no colo. Esses cuidados desempenhados pela mãe fazem com que ela assuma o seu papel, pois, por um determinado período, seu filho pertenceu à equipe e, ao participar dos cuidados com ele, a mãe resgata o seu papel e se sente mais preparada para a alta da unidade neonatal (SOUZA et al., 2009).

As mães questionam se, caso os filhos tivessem nascido de termo, eles teriam o mesmo cuidado proporcionado durante a hospitalização. Tal fato é evidenciado nas falas:

> Interessante, porque eu comecei a ter aqueles cuidados que eu acredito que eu não teria se ela não tivesse nascida prematura. (VANUZA)

> Se eu não tivesse passado por essa experiência, por tudo isso, eu acho que agora eu ia ser uma mãe desleixada. [...] Tipo o que eu era antigamente, criança, não sabia de nada, eu aprendi bastante coisa. Ter força. E poder falar, olhar e dizer que sou capaz de fazer qualquer coisa. (MICHELE)

> Eu saí daquele hospital tendo experiência de como cuidar dele, de como fazer se ele precisar de alguma coisa ou se ele passar mal, saber certinho dar as medicações, porque, querendo ou não, quando a gente tem o nenê no tempo certo, a gente fica no máximo três dias no hospital e a gente sai dali mesmo sem saber nada, querendo ou não, eu aprendi muita coisa, a dar banho, a trocar a fralda, dar as medicações e a olhar a temperatura. (MIRELA)

Deve-se aproveitar a hospitalização do filho para capacitar as mães e desenvolver nelas confiança para cuidar desse bebê frágil e pequeno. As mães aprendem e influenciam positivamente na recuperação do seu filho pré-termo, por meio do tocar, pegar, alimentar, trocar as fraldas, dar carinho e estimular o seu desenvolvimento (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010a).

No discurso a seguir, percebe-se que, mesmo que a mãe já tenha tido um filho, o cuidado com o bebê pré-termo é diferente:

> Minha primeira filha não foi prematura, não precisei passar por tudo isso, então aqui eu aprendi a cuidar deles tão pequenininhos, mais frágeis, com medicamentos, com um monte de coisa, que o peso de um quilo e pouquinho, eu aprendi a cuidar dela aqui, por mais que eu já fui mãe de uma, eu tive que aprender de novo, só que agora um pouquinho mais delicado, por ser bebê prematuro, dois ainda. (CATARINA)

Já para as primíparas, a hospitalização do filho na UCINCa foi a oportunidade de aprender o que não sabiam:

> Foi pra pegar experiência, por que eu não tinha nenhuma com o nenê; eu nunca tinha trocada nenhuma fralda, de nenhum nenê, então ali foi bom porque eu já saí sabendo, querendo ou não, por conta de eu ter que ficar aqui mais sozinha com ele, não ter família muito perto da minha, foi muito bom. (MIRELA)

Esse fato é evidenciado no estudo realizado por Dadalto e Rosa (2015), cujo objetivo era conhecer vivências e expectativas de mães com RNPT internados em UTIN, avaliando os

processos proximais iniciais entre mãe e filho. Nessa pesquisa, feita em uma UTIN particular e uma UTIN pública de um município brasileiro, observou-se que 30,6% das mães participantes declararam que, embora no início a hospitalização do filho tenha sido muito difícil e dolorosa, com o passar dos dias estavam mais tranquilas e felizes com a recuperação do filho. Ressaltaram o seu crescimento pessoal, referindo-se à aprendizagem que obtiveram com a equipe da saúde.

A prática do MC possibilita que as mães aprendam e se empoderem dos cuidados com o RNPT:

> O Canguru pra mim foi uma forma melhor de você ficar perto do seu filho, mais confortável, e onde você aprende. Quem nunca foi mãe, ali aprende! (CATARINA)

Nos próximos discursos as mães sugerem a ampliação do MC, sugerindo que todas as puérperas tivessem a oportunidade de conhecê-lo, e não apenas as mulheres que tiveram um parto prematuro:

> [...] Se uma pessoa ganhou o filho em uma cesárea, seria bom se a pessoa aprendesse, porque ela fica ali três dias e eu acho que seria bom, porque é bom o calor da mãe com o filho, se todo mundo pudesse aprender isso, seria bom. (TATIANA)

> [...] se todo mundo passasse por lá, não ia ter as dificuldades que a gente tem com os nenezinhos em casa, sozinha [...] foi muito bom, se eu tivesse que falar para alguém eu falaria assim ó: saiu da maternidade, pede para você ir para o canguru (risos), que lá você vai aprender tudinho como você vai lidar com a sua criança; a indicação que eu daria seria essa, eu gostei bastante [...] a semana que eu fiquei lá pra mim foi valiosa e de grande proveito. (ISADORA)

A equipe de saúde da UTIN, Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto (ALCON) devem proporcionar para as mães ensinamentos e maior afetividade do bebê com sua família (MARTINS; OLIVEIRA, 2010).

Dentre os benefícios do Método Canguru para as mães, estão a sua segurança em cuidar do filho e a oportunidade de realizar cuidado não medicamentoso para alívio da dor, como a massagem do bebê:

> Eu tenho agora os caminhos pra lidar com elas que eu não tive com os outros, uma segurança que eu tenho com elas, desde segurar elas, de pegar elas no colo, saber que elas não vão quebrar; isso foi lá que me ensinaram, pra mim o Método Canguru foi maravilhoso, no sentido para eu com elas, para o desenvolvimento delas, fez diferença pra mim, porque se eu as trouxesse pra casa sem passar por ali, eu ia fazer tudo errado, eu ia dar banho em excesso, elas iam chorar, ter cólicas, essas coisas, gases, eu não ia saber o que fazer, eu ia querer dar um remédio, que já não tem essa necessidade com a massagem, já passa, eles conseguem aliviar, eu ia fazer tudo errado, agora é, pera aí você tem opções sem precisar dar um remédio, você pode agir dessa maneira, que é melhor pra criança. Então, pra mim, foi muito interessante, foi muito bom o que eu passei ali dentro com elas, o aprendizado que eu tive com

> elas, ainda mais que é [sic] duas, ensinar as duas a mamar ao mesmo tempo, as fono [sic] ali acompanhando [...]. (ISADORA)

Para que haja fortalecimento do vínculo mãe/bebê e para que as mães toquem seus filhos em situações de dor, os enfermeiros devem orientá-las sobre a massagem do bebê, seja no ALCON seja na Unidade Neonatal, pois essa prática poderá reduzir o uso indiscriminado de fármacos (RAMOS et al., 2014).

O presente estudo mostra que as mães aprenderam com a equipe de saúde. Nas falas as mães contam sobre como devem ser os banhos, os cuidados com a termorregulação do bebê e a administração da dieta:

> [...] Como cuidar de uma criança prematura. Então lá tem o passo a passo de como cuidar até, assim, o banho, por exemplo, não necessariamente precisa dar o banho todos os dias e a alimentação bem certinha de 3 em 3 horas, pra criança não perder peso. A higiene que a gente tem que ter e manter bem adequada, o conjunto de cuidados que proporcionam à criança ter uma sobrevida melhor. (VANUZA)

> Aprende mais, porque ali, é você e seu bebê, você vai dar o remedinho, você vai dar banho, vai trocar, tudo na sua hora, na hora certa, vai dar mamá tudo na hora certa, então você vai estar mais dedicada a ele. (ROSA)

No estudo realizado por Santos et al. (2014) com 16 mães de RNPT em um hospital universitário do Rio de Janeiro, observou-se que as mães, com o auxílio da equipe de enfermagem, conseguiram realizar os cuidados com seus filhos, como o banho, a posição canguru e a alimentação por sonda sob supervisão. Na seguinte fala, percebe-se a importância que a mãe dá ao banho do RNPT:

> Eu achei muito importante o banho, porque a gente dava o banho normal e eu aprendi que a gente lava a cabecinha deles primeiro, seca porque senão aquele frio que eles sentem na cabeça pode até dar hipotermia. Então, eu lavo a cabecinha dele primeiro, seco, ai ele enroladinho na fralda, que ele entra na banheira, tem dia até que meio que ele cochila, porque primeiro você começa lavando o bumbum deles, jogando aquela aguinha quente nele e ele fica como se tivesse dentro da placenta, eles se sentem acolhidos, ele todo encolhidinho, enroladinho na fralda, vou jogando água nele, de pouquinho, eu vou tirando aquela fralda e ele vai se relaxando, ele fica tranquilo. Eu achei muito legal, isso é uma coisa que eu vou levar até para as minhas amigas que tiverem bebê, eu vou ensinar, porque é uma coisa que acalma a criança, eu achei muito importante. (TATIANA)

Quando se respeitam as particularidades de cada bebê, possibilitando a sua interação com o ambiente, a imersão em água morna associada à contenção do padrão flexor reduz a desorganização neuropsicomotora, diminui o estresse comportamental e proporciona o relaxamento (MEDEIROS; MASCARENHAS, 2010).

Na UCINCa, os profissionais de saúde auxiliam os pais com os cuidados com o RNPT, o que se configura em momentos oportunos para a troca de conhecimento entre a

equipe e os pais, oportunizando um novo aprendizado a cada atendimento, conforme exposto a seguir:

> Então, se outras mãezinhas pudessem passar por aquela experiência, seria muito bom, ou talvez, assim, ter as pessoas, pra levar, porque lá vai [sic] as fonos, a gente aprende muito, que nem a terapeuta ocupacional que tem, é muito bom isso. Aprendi a fazer as massagens neles, a gente se sente mais segura, porque na hora que eu falei: eu quero ir muito pra casa, mas eu queria levar vocês junto (risos), porque tem hora que a gente [...], olha, e eu já tenho dois filhos, antes eu falava: eu já estou mais que experiente, mas não é. Cada gravidez é uma gravidez, cada filho é um filho, entendeu, porque você aprende de novo, mas é uma experiência muito boa. (TATIANA)

> Foi ótimo, foi ótima a minha experiência ali no canguru. Eu fiquei com eles e tinha sempre um apoio da enfermeira, [...] ali falando o que é certo, o que é errado, me ensinando a dar banho, me ensinado a dar o remédio para o bebê, que eu não sabia, me ensinando a colocar um remédio no nariz, importante. (CATARINA)

O atendimento prestado mãe/bebê deve ser acolhedor, humanizado, individualizado e compartilhado. As mães precisam sentir que os profissionais têm disponibilidade para dar atenção a ela e que elas também estão incluídas nos cuidados prestados pela equipe de enfermagem (SANTOS et al., 2014; ANDRADE et al., 2015).

No discurso a seguir a mãe ressalta que o cuidado com o bebê prematuro é diferenciado. Durante os atendimentos, a equipe de saúde orienta sobre os riscos que o RNPT tem, como a questão da broncoaspiração:

> [...] Eu achava assim dar mamar e depois trocar, não tem que trocar, pra depois dar de mamar pra depois não regurgitar [...]. Porque a gente aprende de um jeito, aprende não, a gente vê, depois tudo é mais diferente, porque é prematuro, é um pouco mais delicado, tem que ser com um pouco mais de paciência, mais com calma. (LURDES)

A permissão da equipe de saúde para que as mães realizem os cuidados básicos com o seu bebê possibilita que elas estejam aptas para a alta hospitalar e consigam identificar as alterações nos bebês, como pausas respiratórias, hipoatividade e regurgitações (MARTINS; OLIVEIRA, 2010).

No depoimento a seguir, percebe-se que os pais são inseridos nos cuidados com os seus filhos na UCINCa:

> Ali não tem enfermeira para te apoiar, então você meio que cuida sozinha do seu bebê, dá o medicamento, você aprende a cuidar do seu bebê e faz. (CATARINA)

No estudo realizado por Melo et al. (2014), em Portugal, em três hospitais que tinham o serviço de pediatria, verificou-se que delegar alguns cuidados da criança aos pais não significa desresponsabilizar o profissional, pois este deverá supervisionar, compartilhar os cuidados, identificar dificuldades e fornecer as orientações necessárias.

Na fala a seguir, percebe-se que os pais são preparados pela equipe de saúde para a alta hospitalar:

> Tem os funcionários te ensinando, é como se você se sentisse em casa. Certo que tem algumas divergências, mas é muito bom; você se sente apoiada, aprende e você não esquece; você traz para casa; quando você vai amamentar em casa, você lembra: olha lá era assim, mais ou menos isso. Porque lá sempre tem alguém perto, então qualquer dúvida que você tinha com o seu bebê, você tinha como tirar, a gente tenta aprender o máximo para em casa não ter dificuldade. Mas não tem jeito, sempre tem dificuldades. (NEIDE)

A equipe de saúde deve estimular as mães a enfrentar a situação da prematuridade dos filhos, minimizando as sequelas e preparando essa família para retornar para casa (WUST; VIEIRA, 2011).

No estudo realizado por Corrêa et al. (2015), verificou-se que os enfermeiros participantes da pesquisa possuíam dificuldade para envolver os familiares nos cuidados dos bebês hospitalizados. Contradizendo o autor supracitado, percebe-se, neste estudo, que a equipe de saúde consegue inserir os pais nos cuidados com os filhos e prepará-los para o cuidado do bebê em domicílio.

Dedicação integral ao filho

Os pais se sensibilizam com o filho frágil e hospitalizado e aceitam permanecer com eles em tempo integral. As mães valorizam esse momento ao lado do filho:

> Era importante, era o ideal para elas eu ficar. E ficar com elas pele a pele para elas ganharem peso, ficarem fortes; a amamentação também é muito importante para elas, para o crescimento delas. (CLARA)

A fragilidade do RNPT e o desejo dos pais de estarem ao lado deles fazem com que eles optem pelo MC, dando prioridade a esse filho hospitalizado e deixando de lado as demais necessidades familiares (CAETANO; SCOCHI; ANGELO, 2005).

As mães percebem que os bebês que fizeram o contato pele a pele tiveram alta mais cedo, e esse fato lhes serviu de estímulo:

> Na hora que eu fiquei sem a minha amiga [...] Aí eu pensei: ela foi embora, o bebezinho dela tá bem, tá na hora dela ir. Ela já fez o que tinha que fazer. O nenê dela já pegou o peito, então agora eu tenho que dedicar mais à minha, pra eu ir também pra minha casa. Como ela foi hoje, eu posso ir amanhã, posso ir depois, então tenho que me dedicar mais à minha bebe, aí foi o que eu fiz**. (**ROSA)

Os pais deixam as suas vidas e suas rotinas para ficarem mais próximos do filho durante o período de hospitalização, atitude que acarreta alterações em seu cotidiano, portanto

os pais necessitam do apoio disponibilizado pela equipe de saúde (FERNANDES; SILVA, 2015).

A atenção e a participação da família

Na visita ao RNPT, os pais necessitam de acolhimento, de comunicação efetiva com a equipe de saúde, de estímulo para tocarem em seus filhos, e de perspectivas de poderem contar com o apoio de sua família.

No local em que o estudo foi realizado, as mães elogiam o horário de visita expandido, incentivando a participação paterna.

> O horário da visita eu achei muito bom, sabe, o pai poder entrar das oito da manhã até às oito da noite. Meu marido, como trabalha o dia inteiro, tinha vezes que ele chegava lá e ficava até um pouquinho mais e as meninas relevavam, sabendo da correria que era para ele. (TATIANA)

O MC só existe e funciona com a participação da família. É necessário que a mãe tenha amor, confiança e disponibilidade de tempo para se dedicar ao seu filho. O contato pele a pele precoce entre os pais e o bebê estimula o desenvolvimento do RNPT e diminui as angústias da família (MAIA et al., 2011).

Na fala a seguir, a mãe relata a permanência do pai ao seu lado no cuidado com as filhas e ressalta a importância de todos ficarem juntos na segunda etapa do método:

> Ficar os quatros juntos tem a ver com o Canguru. Nós só estávamos hospedados lá. Foi bom ficar no Canguru porque ficamos todos juntos e por não estarem mais ligadas a mais nada, sonda ou acesso, para mim foi como um treinamento para casa. (LAURA).

Devem-se mudar os paradigmas sobre o cuidado centrado na mãe. Na atualidade, muitos pais são os responsáveis pelas casas e pelos cuidados aos filhos, enquanto a mulher trabalha fora. Além disso, a assistência prestada à família abrange o pai que deve ser inserido nos cuidados com o filho na unidade neonatal (SOARES, 2015). É relevante a visita dos irmãos, que acontece uma vez por semana:

> A visita do irmão é boa. A minha filha, Sara, foi me visitar uma vez enquanto estavam na UIN e outra vez quando estavam no Canguru. (LAURA).

A mulher fica dividida entre o filho hospitalizado e os demais filhos e membros da família que deixou em casa (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010a).

Mousquer et al. (2014) desenvolveram uma pesquisa em Porto Alegre - RS com o objetivo de investigar as repercussões do nascimento prematuro do bebê sobre os irmãos na

perspectiva materna, envolvendo 37 mães de bebês pré-termo e que tinham outros filhos. O estudo evidenciou que as repercussões do nascimento de um bebê pré-termo para o irmão foram: maior ausência da mãe, presença de outros cuidadores, questionamentos acerca do nascimento/estado clínico do bebê, presença de ciúme, contentamento, ansiedade e curiosidade, pouco acesso à visitação ao bebê na UTIN, uso da fotografia como recurso à promoção do contato/encontro irmãos-bebês.

A hospitalização dos filhos e o nascimento dos bebês antes do tempo previsto geram conflito intrafamiliar, porém, a permanência do pai ao lado da mãe fortalece essa família, conforme exposto no discurso a seguir:

> [...] Aproxima cada vez mais, porque a gente só brigava; depois que nasceram as nossas filhas, foi tudo diferente. Aí, achava que ele não ia ficar no hospital comigo, que não ia tá nem aí, mas não! Ficou com a gente, tudinho. (MICHELE)

Os pais participantes do estudo realizado por Guimarães e Monticelli (2007) não esperavam e nem imaginavam que pudesse ocorrer uma interrupção antecipada da gestação. Os casais, após o nascimento do bebê, uniram-se mais e tentaram inserir o filho pré-termo no contexto da família.

Quando a mãe estava internada na UTI, o pai fez a primeira visita e o primeiro toque na filha prematura na UTIN, para que ela sentisse que havia alguém ao lado dela:

> Eu ficava com ela, ela pegava e olhava, eu conversava com ela desde que estava lá dentro daquela estufa, ela começava a se mexer tudo, aí você pegava nela, ela ficava quietinha, balançava ela, desde que nasceu, falava com ela, ela olhava, ela deu uma risadinha, agora mesmo, se você fala com ela, ela já procura, ela conhece. Graças a Deus, está bem. (JOÃO)

No caso em que a esposa precisa de internação em UTI, as tarefas atribuídas aos pais se intensificam. Eles necessitam de suporte psicológico e do apoio da família. Desse modo, terá tempo disponível para se dedicar ao filho e à companheira (SOARES et al., 2016).

É relevante para a mãe a presença de um acompanhante de sua escolha na hora do nascimento dos filhos:

> Meu esposo ficou no parto. Ele não ficou o parto inteiro, ele ficou na hora que as meninas nasceram, porque estava tendo outro parto, teve uma intercorrência, teve outro parto que precisou do médico também que estava fazendo o meu, daí ele não podia passar porque ele não podia ver o parto da moça que estava acontecendo. Então, quando terminou o dela, que as nenéns tinham nascido, ele acompanhou o nascimento delas [...]. (ISADORA)

A presença do acompanhante de sua escolha durante o nascimento do filho prematuro é considerada pelas mães como uma necessidade nesse momento de expectativas (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

Gratidão à equipe de saúde

Os pais vivem intensamente a experiência de hospitalização dos filhos e conseguem identificar os aspectos positivos da assistência prestada a eles e aos bebês:

> Eu falei assim: eu te agradeço tanto, eu agradeci tanto, tanto elas, todas as meninas, elas cuidaram tão bem do meu filho! Eu só tenho a agradecer todo mundo de lá, todos vocês, tudo o que a gente aprendeu, tudo o que eu aprendi. (TATIANA)

No estudo realizado por Oliveira et al. (2013) com seis pais de recém-nascidos internados na UTIN no Hospital Regional de Maringá, percebeu-se que a fonte de apoio encontrada pelas mães nesse processo de hospitalização do filho foram a equipe de saúde, a família e a religião.

O discurso a seguir expõe o apoio que as mães receberam da equipe de enfermagem e médica:

> O atendimento dele era muito bom, nós tínhamos todo o suporte ali, o que a gente precisava, tudo, as enfermeiras eram muito boas, ajudavam, então é muito bom porque eu sei que, se eu tivesse na minha cidade com ele, primeiro que não estaria nem com ele, e lá eu não teria todo o suporte que eu tive aqui. Graças a Deus que eu tive ele aqui. (MIRELA)

> A experiência que eu tive ali..., o nome que eu cito principal é a Suzana, porque, assim, ela, aquele momento de desespero nosso, que a gente já tá cansada, está ali. Você já está naquele desespero pra ir embora, ela soube acalentar a gente, no sentido, assim, primeiro a mãe em relação aos nenéns, foi maravilhoso! Você tem uma segurança, tem os médicos de manhã, que estão ali, tem um médico 24 horas por dia, se acontecer alguma coisa tem o médico para amparar a gente. (ISADORA)

Um estudo sobre o conhecimento dos benefícios do MC pelos profissionais de saúde em uma UTIP e UTIN do centro-oeste de Minas Gerais revelou que o RNPT é favorecido no alívio da dor, na estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor, na evolução clínica, na estabilização dos sinais vitais e na interação mãe-filho (GESTEIRA et al.,2016).

Com relação à equipe de enfermagem, foram citados aspectos como o bom humor e a disponibilidade em ensinar e ajudar:

> As enfermeiras eram bem atenciosas com a gente, ensinavam. Como eu fiquei sozinha com os dois, elas me ajudavam, pegavam um na hora de dar o mamar; quando estavam chorando os dois, pegavam eles pra mim. Eu, estando sozinha, tinha o apoio delas quando elas estavam lá, brincavam e me ajudavam bastante. (NEIDE)

A equipe de enfermagem auxilia os pais a cuidar de seus filhos hospitalizados na unidade neonatal, o que desperta sentimentos de gratidão e alegria (DORNASBACH et al., 2014).

A mãe valorizou a atitude da equipe de enfermagem para ajudá-la. Desse modo, ela se sentiu amparada:

> [...] uma enfermeira que eu gostei muito é a Suzana e a Betina [sic]. A Betina, por eu estar com duas, muitas vezes o meu esposo não estava, ela chegava e falava assim: dá aqui a bebê que eu vou te ajudar, e ela com aquela atitude, que ela não perguntava para você: quer que te ajude? Ela vinha e falava assim: eu vou te ajudar, porque tem momentos que você tem umas que perguntam assim: você quer que te ajude? Você vê pela cara da pessoa que ela quer que você fale não; e a Betina não; ela falava: dá aqui que eu vou te ajudar; e ela vinha, me ajudava, eu tinha uma liberdade de falar pra ela: ajeita o meu peito aqui na boca dela, porque ela dava uma liberdade pra gente pedir ajuda dela. Assim, pra ela ajudar mesmo, por isso que eu guardei o nome dela, porque teve várias outras que teve lá que eu não guardei o nome, e da Betina e da Suzana eu guardei, porque eu me senti amparada por elas; eu me senti bem com elas; o jeito delas trabalharem ali. Não podia falar isso, mas eu já falei (risos), mas lá as vantagens que tem são essas dos nenéns, do amparo. (ISADORA)

O estudo realizado por Cartaxo et al. (2014), em João Pessoa - PB, com 20 mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN, demonstra que, quando se tem uma boa relação com os profissionais de saúde, as mães estabelecem um elo de confiança com eles nos cuidados prestados aos filhos.

O pai deseja que o MC seja estendido para outros bebês e que a equipe de saúde continue atenciosa e prestativa:

> O importante é que continue esse Método Canguru, que outros muitos que precisarão passar conheçam o Método Canguru e que a equipe continue como está: que sempre auxilie os pais, atenciosa com as crianças, os cuidados que continuem assim. Que nunca deixem de ser como estão, capacitadas, que amam a profissão, atenciosas, elas são muito atentas a qualquer movimento. Todas elas nos cuidados são excelentes, muito profissionais, estão todos de parabéns. (LUIZ)

O pai deve ser estimulado e incentivado pela equipe de enfermagem a tocar no filho, a participar dos cuidados a ele dispensados, e o pai deve apoiar a mãe do bebê durante o aleitamento materno (SOARES et al., 2016).

No momento em que os pais vão para o alojamento conjunto sem os filhos, devido à hospitalização dos pequenos na UTIN, há sofrimento e medo da perda. O caso, a seguir, trata de duas filhas: uma micropremature e outra de extremo baixo peso, com risco iminente de morte, em que fica clara a importância de se ter um profissional para apoiá-los. A descrição abaixo refere-se a uma técnica de enfermagem:

> O cabelinho de anjo, Ângela da maternidade, excelente profissional, deu conselho para nós no quinto andar, pra gente não brigar, que era só uma fase, que ia passar, que não era para ficar brigando, de motivação. Ela era muito alegre, muito disponível. Toda hora eu a perturbava e ela vinha. Eu nunca vi; se ela tinha problemas, eu nunca percebi, nunca trouxe problema de casa. Ela foi importante, foi tipo um apoio, não tínhamos a quem recorrer; disse para a Clara ficar calma para manter o leite das meninas. (LUIZ)

Os pais esperam da equipe de saúde que os cuidados realizados com o RNPT se estendam para eles e buscam um profissional que os ensine, explique sobre a situação do filho e que possa ouvir seus desabafos (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

Um pai declara que foi graças ao atendimento multiprofissional disponibilizado para as filhas que elas conseguiram sobreviver:

> O Método Canguru ajudou a gente desde o início, na opinião minha. Como elas nasceram uma com 600 e a outra com 900 gramas, elas não teriam chance de vida se não fosse o Método Canguru. Se não tivesse a disponibilidade e o empenho da equipe, tenho a certeza que não estaria aqui com elas agora. (LUIZ)

A pesquisa realizada por Molina et al. (2009) teve como propósito compreender como as famílias percebem a própria presença na UTIP e UTIN, e a aceitação dessa presença por parte dos profissionais de saúde. Participaram do estudo 14 pais de crianças hospitalizadas na UTIP e UTIN de dois hospitais na região noroeste do Paraná. Foi demonstrado que os pais observam em plenitude tudo a sua volta e se está sendo feito todo o possível por seu filho, além de avaliarem como a equipe de saúde cuida dele. Todos os pais relataram que os filhos estavam sendo bem cuidados por meio dos procedimentos em associação com atitudes de carinho.

Segundo uma das mães deste nosso estudo, as equipes de enfermagem da UTIN, UCINCo e UCINCa mostraram-se disponíveis para os cuidados com as filhas:

> Eles cuidaram bem das duas. As enfermeiras cuidaram bem na neo, na UIN, sempre atentas, sempre de olho nelas, sabendo o que estava acontecendo, se elas estavam bem ou não. Elas passaram um tempo pela neo, um tempo no oxigênio, tomando antibióticos, tomando banho de luz, foram para a UIN e agora ela veio pra cá, foi bom pra mim porque nos ajudaram bastante, cuidavam delas no que elas precisavam. (CLARA)

A equipe de enfermagem permanece mais tempo ao lado da mãe e do bebê e, por meio de uma comunicação efetiva, ensina, orienta e acompanha os cuidados prestados ao RNPT ao longo da hospitalização na Unidade Neonatal (SANTOS et al., 2014).

No discurso a seguir, a mãe agradece e defende a equipe de saúde que presta os cuidados aos bebês hospitalizados:

> Muito obrigada, mesmo! A gente só tem a agradecer, eu e toda a minha família. Nossa, chega até a me arrepiar, porque a gente não vê só a situação da gente lá. Ai, é um carinho especial com você, não foi..., é com todo mundo, apesar de que assim a gente fica até chateada tem hora, porque tá todo mundo muito nervoso ali, e a gente vê que as enfermeiras tratam com carinho. Tem umas mãezinhas que são até grossas com elas. Depois, eu tenho certeza, essas pessoas que foram grossas com elas, depois que saem de lá, elas vão falar: puxa, elas estavam me ajudando. Eu tenho certeza que deve bater um arrependimento, eu não; só tenho que agradecer porque, Graças a Deus, eu não passei por isso. (TATIANA)

O discurso dos pais é de agradecimento a todos os funcionários do hospital e enfatiza a necessidade de se seguir as normas e rotinas, além da submissão às condutas da equipe de saúde:

> Eu achei um hospital muito bom por que as pessoas, funcionários, tudo competentes. Graças a Deus, não teve nada fora da medida. Se eles falaram alguma coisa, acho que não era assim, mas eles que sabem. Pode ser que a gente está pensando alguma coisa, mas não é, quem sabe é eles, então tem que seguir, pois é assim que tem que ser por que senão, não tem melhora. Eles só fazem pra melhorar ali. Muito bom! (JOÃO)

> Foi boa, foi uma experiência diferente porque a gente faz do jeito do hospital, a gente está acostumada de um jeito e daí, lá já é totalmente diferente. (LURDES)

A mãe elogia a rapidez da equipe de saúde na realização de exames necessários para o filho e também a equipe de enfermagem que o acompanhou:

> Os benefícios que eu tive aqui [...] meus filhos foram muito bem tratados. Achei incrível a agilidade dos exames, meu filho precisou fazer um holter, um exame de coração, no outro dia ele fez. Se você for ao SUS, você vai passar oito meses, um ano, esperando. Um ultrassom de uma criança e, aqui, foi feito vários ultrassons, exames. Então, eu achei essa agilidade de exames pra saber se o bebê tem alguma coisa, mais rápido possível. Eu achei muito interessante, meu marido também falou que foi muito bom o atendimento. Muito bom, excelente, exames, tudo, tudo, médico, oftalmo, fono, enfermeira, terapeuta, tudo! (CATARINA)

> Porque a Suzana, que fica ali fixa durante a manhã, a gente chegava nela, igual pra tirar a sonda da Lorena. Eu falei: Suzana, eu acho que dá pra tirar a sonda da Lorena, aí ela falou: será? Eu falei: eu acho. Ela falou: vamos chamar a fono, vamos ver se dá pra tirar. Ela ligava pra fono: fono, vem cá, vê se dá pra tirar. Você via que era uma pessoa que estava ali te ajudando. E não, a fono não falou nada, então eu não posso fazer nada. Não, pera aí, vamos chamar, vamos ver se dá. Esses tempos eu falei: Suzana, a Lorena não fez cocô. Ela falou: conversa com ela, dá o peito pra ela, você vai ver ela vai fazer cocô. Aí eu fui, conversei, teve até um momento que eu estava dançando com a fralda de coco na mão. Naquele momento que ela não sabia o que dizer, um aconchego, você fala: poxa vida, a pessoa tá realmente interessada em ajudar, ela está ali porque gosta e a gente sentia nela que ela gostava de estar ali. Não pode tirar ela dali não, porque a Suzana é de grande importância no canguru (risos). (ISADORA)

No estudo desenvolvido por Schmidt et al. (2009), no qual entrevistaram nove mães e um pai de uma UTIN de Maringá - PR com o objetivo de identificar os sentimentos dos pais durante a primeira visita ao filho hospitalizado, foi possível perceber a importância do acolhimento dos pais pela equipe de enfermagem e a valorização dos sentimentos expressos por eles.

Os pais agradecem a equipe de enfermagem por ter acalmado a filha e por todos os cuidados prestados: são os desta sua pesquisa?

> Nossa, me surpreendi, eu sempre morei muito perto do hospital, mas eu nunca tinha tido o contato de ir lá. O atendimento, quando eu precisei que fosse rápido, foi rápido, o pessoal foi muito atencioso tanto comigo, as meninas, assim com ele lá, porque se eu falava assim: eu estou aqui em cima e meu filho tá lá, mas toda vez que eu ia lá, estava sequinho, estava limpinho. Nunca cheguei lá e falei: ai, tá aqui jogado, todo cheio de cocô, porque é a primeira coisa que a gente pensa. Certinho as alimentações deles, as medicações, não tem o que reclamar. (TATIANA)

> Eu fico pensando: o que essas enfermeiras passam aqui, a paciência, que bom! Tanta paciência, igual [...] às vezes, a minha mulher saía, descia e eu achava tão legal ela

> falar pra mim que quando ela voltava, a bebê estava nos braços da enfermeira. Tem pessoas boas, então, pra nós seria igual ter seu veterano com seu recruta que não sabe de nada, porque lá dentro eles sabem tudo, sabem como tem que ser, como não tem. Enquanto a gente entra lá, a gente não sabe de nada, a gente vai aprender tudo lá, pra eles é fácil, mas pra nós não. (JOÃO)

Os pais confiam na equipe de enfermagem e a consideram competente, responsável e carinhosa na assistência prestada aos filhos, a eles e aos demais bebês hospitalizados (KAMADA; ROCHA, 2006).

A mãe ressalta que tanto na UCINCo como na UCINCa as equipes de saúde demonstraram paixão pelas atividades realizadas:

> Tanto lá na UIN quanto no Canguru, as pessoas de lá gostam do que fazem e gostam do filho da gente. (MICHELE)

Quando a equipe de saúde percebe e escuta a mãe, está buscando intervenções mais humanas e efetivas. Desse modo, os profissionais demonstram a capacidade de estar com o outro verdadeiramente e, como consequência, proporcionam o fortalecimento da relação da mãe com o filho pré-termo (SALES et al. 2005). O cansaço das mães recebeu um olhar diferenciado, por parte da equipe de enfermagem:

> As enfermeiras, tem uma delas que ia, olhava pra ele, via que estava tudo bem, porque eu estava dormindo um sono pesado, não estava nem escutando ele resmungar. Ela o olhava pra mim, às vezes eu acordava e perguntava pra elas como é que ele estava, se ele tinha vomitado, se estava tudo bem, ela sempre me ajudou bastante, bastante coisa. (ALANA)

> [...] à noite, num dia que a gente tá mais cansada [...] ele pegou uns dias de cólica, de chorar muito, aí, na hora que eu dormia, elas pularam uma mamada minha, mas, assim, elas que deram, elas trocaram, elas só não me acordaram, pra eu descansar, pra eu poder ter leite. E não era a obrigação delas, quando a gente tá lá, é a gente que cuida deles, e elas veem esse lado da gente também, eu achei muito legal. Foi muito bom assim, não tenho o que reclamar, eu me surpreendi na verdade (risos). (TATIANA)

O compartilhamento de cuidados deve ser feito de modo que os pais não se sintam assoberbados, mas que consigam compreender e desempenhar seu papel junto ao filho (ANDRADE et al., 2015).

Os pais demonstraram gratidão à equipe de saúde pela atenção, ajuda e cuidados disponibilizados a eles e aos RNPT.

O MC como facilitador do AME

Ficou claro que os profissionais do hospital em que o estudo foi realizado se empenham para seguir os dez passos para a promoção do aleitamento materno preconizado

pelo Hospital Amigo da Criança, no qual a instituição é acreditada. Nesta pesquisa, percebe-se que a equipe de saúde incentiva o aleitamento materno por meio de orientações individualizadas durante a assistência prestada.

A mãe relata o quanto é importante para ela amamentar a filha e que, durante a hospitalização da filha na UCINCa, presenciou mães que não quiseram amamentar e realizar o contato pele a pele:

> As mães que vieram pra cá e quiseram sair daqui não têm cabeça, não pensam [...] porque, se fizer o canguru, que nem igual [...], teve mãe aqui, três mães, não, duas, que ficaram aqui e não fizeram canguru. Vinham sentar aqui e largavam a criança lá, então pra que que [sic] tá aqui? Se tá aqui para fazer canguru? Pra ficarem com ela, para ela sentir você, elas não estavam nem aí, tanto é que elas voltaram, eu falei: bom, a minha vontade era ir pra casa; pra ela ir pra casa, eu tenho que fazer canguru, eu vim aqui pra isso, não pra por mamadeira nela, dar peito e fazer canguru. (ROSA)

No estudo transversal com 48 bebês realizado por Delgado e Halpern (2005), cujo objetivo era descrever a amamentação em RNPT de muito baixo peso e associar com disfunções orais e com o apego mãe-bebê, suspeitou-se que doze binômios tiveram a amamentação comprometida por vínculos inadequados, fato que deve ser detectado precocemente para que não haja impacto no desenvolvimento mental das crianças.

Houve momentos em que os profissionais de saúde, na percepção das mães, foram atenciosos e incentivaram o AME:

> Eu acho [...] sobre as fonos irem lá, porque a gente aprende com elas; o bico do meu peito é muito grande e o Pedro não ia mamar, então, ele teve que entrar com ajuda, justamente por causa do bico do meu peito que é muito grande, e ele era muito pequenininho na época; hoje ele, talvez por conta do peso que ele ganhou, fortifica melhor pra ele mamar. Eu achei que foi muito importante porque, se fosse antes, a primeira coisa seria desistir; deixa o peito pra lá e vamos dar só complemento senão essa criança vai emagrecer, porque a gente morre de medo da criança emagrecer, cada quilo pra gente é uma grande vitória, então, eu acho que isso foi importante. (TATIANA)

O contato pele a pele é considerado um estímulo à AME, por possibilitar uma maior frequência, periodicidade e duração da amamentação (FERREIRA; SOUZA, 2011). A mãe relata que o contato pele a pele estimula o processo de amamentação:

> [...] Eu vi que, a partir daí, eles começaram a se desenvolver mais, tanto é que as enfermeiras falavam: faz canguru, faz canguru. Eu fazia; o peso no final do dia pulava, aí eu via que fazia muito bem, sentia, o seio chegava a dar aquelas, umas pontadas assim, ele sente que a criança tá ali e eu creio que a criança também sente muito, isso, da mãe, assim, aí fez muito bem para eles, eu achei. (CATARINA)

Ainda, evidencia-se como vantagem do MC, o estímulo à descida do leite, devido ao fortalecimento do vínculo entre mãe e filho e pela proximidade com o seio materno, que faz o bebê desenvolver o reflexo de busca (SPEHAR; SEIDL, 2013).

A mãe expressa a satisfação de amamentar seus filhos gêmeos:

> [...] Primeiro eu achava que não tinha leite. Daí, quando colocou uma, estava até de boa, mas quando colocou as duas [...] Foi uma experiência bem grande. E os outros perguntam: como é amamentar dois nenéns? É diferente! Para uma pessoa que nunca amamentou, é bom. Eu fico feliz quando ponho as minhas filhas para mamar as duas juntas. Fico muito feliz. Daí me aproximo mais das duas e as duas se aproximam mais de mim ao mesmo tempo. Mas eu coloco sempre na mesma posição, mas tem que ter uma pessoa para me ajudar porque elas ficam aqui e eu não tenho como colocar a mão. Mas é diferente, pra mim foi diferente, só que pra mim é bom, está sendo bom na verdade. (MICHELE)

O AME é um desafio na unidade neonatal em função das especificidades relacionadas com o pré-termo. As condutas profissionais e as rotinas hospitalares podem facilitar essa prática desde que adotem medidas efetivas de apoio à mãe, à família, buscando promover, proteger e apoiar a amamentação (PEREIRA et al., 2015).

A hospitalização do filho é um momento oportuno para o aprendizado satisfatório, preparando a família para a alta domiciliar; cada um aprende de uma forma, assim, o profissional deve orientar os pais de diferentes maneiras e ter a certeza de que todas as dúvidas foram sanadas.

O MC como colaborador na formação de vínculo

Quando um filho nasce pré-termo e é separado de seus pais, a equipe de saúde pode estabelecer estratégias para minimizar os danos causados por essa separação e, dessa forma, restabelecer os laços afetivos.

A mãe relata como foi esse primeiro contato pele a pele com o filho hospitalizado:

> Eu cheguei lá e ela foi trocar a fraldinha dele e ele fez xixi na cama, ia ter que trocar toda a cama. Ela falou: eu não acredito que você fez isso na cama limpinha (risos). Do jeito dela não era na grosseria que ela estava fazendo, daí ela falou: agora, mãezinha, você vai ter que segurar ele. Aí eu falei: Glória a Deus esse xixi! (risos), Foi o primeiro momento que eu tive ele assim na mão. Eu falei: nossa, esse foi o melhor xixi da minha vida! (TATIANA)

Heck et al. (2016) realizaram um estudo em um hospital-escola na região sul do país, com nove mães. Observaram que o primeiro toque ao bebê é descrito por elas como sendo prazeroso e o fato da mãe participar do crescimento e da evolução clínica do seu filho permite que ela se sinta importante no processo de hospitalização do filho. Essa participação influencia a formação do vínculo e do apego. A mãe expressa sua felicidade e emoção ao ter o filho nos seus braços:

> Na última semana que ele passou na NEO [...] A última semana que eu fui ver ele e a gente não podia ter muito contato com ele na UTI NEO, mas quando ela me disse que eu podia pegar ele e eu o peguei, a minha mãe ainda estava comigo, foi o dia que eu mais chorei. Foi o dia em que eu pude pegar ele pela primeira vez. Quando ele foi para a UIN que me falaram que eu podia ficar de acompanhante para ele que

> aí, pra mim, foi o melhor porque eu sabia que dali já estava próximo da gente poder ter alta. O momento melhor foi quando eles disseram que a gente podia ir para o canguru, porque eu percebi que dali já era um saída pra ir embora, eu sabendo que ali ele já estava bem porque ele saiu da incubadora, já estava melhor, não precisava de oxigênio, de aparelho, de nada, de aparelho nenhum medindo os batimentos dele o tempo todo, acho que foi a melhor parte. Acho que a melhor parte vai ser quando eu puder ir embora com ele pra casa mesmo. (MIRELA)

As mães sentem o desejo de levar seus filhos para casa logo após o nascimento. Cabe à equipe de enfermagem auxiliá-las na diminuição dos sentimentos negativos e da ansiedade gerados pelo nascimento prematuro do filho, além de favorecer o vínculo, por meio do MC (ROSO et al., 2014).

Foi possível evidenciar que a importância do primeiro contato pele a pele fica registrada na lembrança das mães de RNPT, como mostra a fala a seguir:

> Eu iniciei a posição canguru lá na UIN. Foi até a primeira vez que eu os peguei, foi fazendo o canguru nos dois, eles estavam aqui há três dias, eles tinham três dias de nascido, aí eu iniciei o meu canguru lá na UIN. Aquele momento foi único, a primeira vez que eu peguei os meus filhos no colo, os dois juntos, A partir daí eu comecei a fazer todos os dias, só que, como são dois, eu não conseguia fazer muito, eu fazia uma vez no dia só, com os dois; aí deixava os dois uma vez no dia mais ou menos duas horas, ficava com o bumbum doendo. Aí só que eu fazia mais uma hora com cada um, geralmente eu fazia com ela no horário da manhã, daí na hora do almoço eu fazia com os dois, e mais à tarde eu fazia com o outro. Eu não deixava de fazer, fazia todo dia, todo dia e dava resultado, e dá ainda (risos). (CATARINA)

Após a constatação que a PC melhora o ganho de peso e auxilia na evolução clínica do bebê, a mãe passa a dar credibilidade ao MC (DUARTE; SENA, 2004).

As mães e os pais participantes deste estudo trazem a PC como fonte de apoio. Essa prática os possibilita a realizar seus afazeres diários no ambiente hospitalar, com a satisfação de incluir o filho.

> A gente fazia a maioria das atividades com ele amarrado, bom, no canguru, podia dormir com eles de canguru, almoçar, fazer as coisas que a gente fazia ali dentro com ele, porque ele podia ficar mais próximo. Era diferente de quando ele estava dentro de uma incubadora, que a gente não podia pegar ele o tempo todo, era mais nas dietas e tinha que voltar para a incubadora, porque não podia ficar muito tempo fora e ali não; ele já estava sem oxigênio, sem o oxímetro e já era uma vida normal, era como se a gente estivesse em casa com eles. (MIRELA)

> É mais fácil para fazer as coisas, é só colocar o bebê ali. É fácil e é gostoso, não tem dificuldades. (LAURA)

> Sem contar que lá a gente come com eles, faz tudo junto. É como se fosse a casa da gente. (ALANA)

O desgaste físico e emocional dos pais ao longo da hospitalização é nítido. O contato pele a pele permitiu a eles a oportunidade de descansar e dormir, conforme as falas a seguir:

> Colocaram uma em mim e uma no Paulo, e aí foi bom. Foi tão bom que nós dormimos, dormiu todo mundo (risos), as bebês, eu e ele, foi isso, foi muito bom! (LAURA).

> [...] Umas duas vezes eu pedi pra enfermeira amarrar ela pra mim, ela não queria parar, aí pegava ela, ela ficava quietinha. A enfermeira falou: me deixa amarrar ela pra você, pelo menos você deita e descansa mais um pouco. Com isso a gente dava umas cochiladas lá, com ela amarrada na barriga. (LURDES)

Os pais sentem prazer em realizar a PC e muitos relatam até dormir com seus filhos nessa posição.

Em estudo realizado com o objetivo de relatar a vivência de um casal com o MC no hospital e no domicílio, foi evidenciado que a ansiedade gerada pela hospitalização é minimizada pelo contato com o filho, a realização da PC e a troca de carinho (PRIETO; NEGRÃO; CALVALCANTE, 2005).

Observa-se na fala a seguir que cada conquista do filho é valorizada e que, após a alta hospitalar, quando a mãe faz uma retrospectiva de tudo que ela e o filho viveram na unidade neonatal, ela consegue percebe os aspectos positivos da vivência:

> Tem o carinho das meninas, elas ensinam a gente. Tem o projeto do Canguru, que é muito bom. A gente aprende a valorizar a vida porque a gente valoriza até o xixi deles (risos), tem que pesar todo dia, é uma coisa muito boa, só que a gente só vê que isso é bom quando a gente sai de lá. Aí vê o que a gente aprendeu, porque na hora a gente tá tão assim, tão tensa com tudo [...]. Lá é tudo de bom, a gente dorme na cama, tem a refeição toda hora, a gente fica ali só para cuidar do bebê, é um momento que você tem você e o bebê, aquela hora que eles ficam com a gente, pele a pele, aquilo é muito bom, tanto que quando ele estava na UIN, na NEO, eu me confundo, que eu já podia ficar eu já comecei, ele vivia comigo no canguru. Por isso, quando surgiu a vaga, eles me mandaram para o canguru, porque ele vivia comigo de canguru, porque a gente ficou tão junto que eu não queria desligar daquilo, parece que me fortificava. (TATIANA)

O MC proporciona para os pais uma experiência única, deixando-os próximos de seus filhos. Eles se sentem corresponsáveis pela recuperação do seu bebê; além disso, há ênfase na efetividade do aleitamento materno (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

O pai ressalta que quando seu filho esteve na UCINCa, iniciou a PC, atividade que melhorou o vínculo dele com o bebê:

> E a facilidade se tornou quando nós conhecemos o Método Canguru. Ficou muito mais fácil para nós. Nossa, muda da água para o vinho com o Método Canguru! Você fica mais próximo do seu filho, você, ele sente mais você. É pele com pele como já é o método. (DANIEL)

Os pais enfrentam todas as dificuldades para estar por mais tempo ao lado do filho hospitalizado e é importante para ele ser reconhecido como pai. A equipe de enfermagem deve ajudar nessa aproximação do pai com o filho pré-termo na perspectiva de equidade de gênero (SOARES et al., 2016).

As falas a seguir demonstram que a experiência vivenciada pela mãe na UCINCa foi exitosa:

> Foi boa a experiência. Eu não tinha feito, só tinha ouvido falar. Agora, feito não, então, eu gostei de ter feito. [...] Quando eu ganhei a Lara não tinha, eu não fiz. Eu só colocava no meu colo, eu não fiz o método Canguru que nem eu fiz no hospital ali, mas eu gostei de ter feito do neném. Eu acho que, se precisasse, eu faria de novo. (ROSA)

> É prazeroso. É uma fase diferente, é uma fase de aprendizado. Porque eu nunca me imaginava passar por isso, não sabia desse Método Canguru. [...] Pra mim foi tudo diferente, foi uma fase nova. (ALANA)

O contato pele a pele minimiza os efeitos negativos da hospitalização neonatal e permite mudanças positivas no humor das mães de bebês pré-termo devido à sensação prazerosa de posicionar o seu filho no tórax (CRUVINEL; MACEDO, 2007).

A mãe ressalta a importância dos atuais recursos existentes na sobrevida dos filhos:

> É uma alegria! Porque antigamente não tinha nada disso, então a chance dele sobreviver era bem menor, então os recursos é [sic] bem grande, bem grande mesmo. Porque se não tivesse, o que nós faríamos? É bem complicado. (ALANA)

O contato pele a pele pode ser recomendado como uma medida no alívio da dor nos bebês prematuros, além de aproximar mais os pais dos filhos e aumentar a confiança dos pais no cuidado, após a alta hospitalar (MAIA; AZEVEDO; GONTIJO, 2011).

Neste estudo, percebe-se a importância que a mãe dá em atitudes como conversar e cantar para a filha, advindas de sua experiência de vida. Esse fato, evidenciado na fala a seguir, demonstra o vínculo de afeto estabelecido entre a mãe e a sua filha prematura:

> Eu a colocava aqui, no meu peito, a faixa, e ficava o dia inteiro com ela ali, tinha hora que eu estava até cantando musiquinha pra ela, dorme neném e ela dormindo e eu cantando, tinha hora**.** (ROSA)

Esse achado se assemelha ao da pesquisa realizada por Dadalto e ROSA (2015), em que uma das maneiras encontradas pelas 62 mães participantes do estudo de interação com o filho pré-termo foi o ato de falar e cantar para ele. Para as mães, a sua voz auxilia na formação do vínculo e a interação recíproca começou a ser percebida pela mãe a partir das expressões faciais da criança na sua presença.

A voz, direcionada delicadamente para o bebê antes dos procedimentos dolorosos, é considerada o primeiro estímulo de alívio da dor. Da mesma forma, a voz dos familiares ou da equipe de saúde dita de forma carinhosa é considerada estímulo para a interrupção do choro nos bebês nas primeiras semanas de vida (BRASIL, 2014).

No próximo discurso percebe-se que o pai valoriza o ambiente tranquilo e a música calma para a realização do MC:

> [...] O lugar em que a gente estava era muito bom porque não tinha barulho. Aí, às vezes, eu tenho uma música no meu celular que é calma, colocava uma música calminha para elas. Elas dormiam. Dormiam. Não adianta fazer o Método Canguru se você estiver em uma balada; se você fizer isso, não vai adiantar de nada. Então o

> bebê tem que se sentir em um ambiente tranquilo; e, se tiver uma musiquinha bem tranquila, bem baixinha, você vai conseguir deixar ele bem relaxado. (DANIEL)

Na pesquisa realizada por Auto, Amâncio e Lanza (2013), em uma maternidade do nordeste brasileiro com 61 bebês prematuros, dos quais 31 foram submetidos à música e à estimulação multimodal, percebeu-se que a música gravada, associada à estimulação multimodal, é eficaz para aumentar o ganho de peso de bebês prematuros hospitalizados no MC.

A superação dos obstáculos

Durante a hospitalização do filho pré-termo e/ou de baixo peso, os pais superam os obstáculos que vão surgindo desde o seu nascimento.

Seguem as explicações das mães de como realizavam o contato pele a pele com os filhos durante a hospitalização na unidade neonatal:

> (Risos). Colocar ela e aí colocar faixa, certinha, colocar ela pele a pele para ela sentir seu calor, eu acho que é só. (CLARA)

> [...] Você coloca a camisola, sem sutiã, coloca ela em você, ela sem cueirinho, peladinha, só de fralda no seu corpo, com a sua pele, coloca a camisola, amarra a faixa e coloca pele a pele, pra ela sentir a sua pele, pra sentir a sua temperatura. (ROSA)

> Assim, sentada e com ela aqui no peito, como se fosse um *sling,* mas é (risos). (LAURA)

> Com os dois na mesma faixa, conforme ficava melhor para eles, eu colocava. Fazia bastante posição canguru com eles. (NEIDE)

As mães são transferidas para a UCINCa e aprendem no dia a dia como realizar a PC e os benefícios de sua prática para o bebê. O contato pele a pele contribui para o empoderamento da mãe na realização dos cuidados com o filho no ambiente hospitalar e domiciliar (MARTINS; SANTOS, 2008).

O pai relata como realizava o contato pele a pele com suas filhas gêmeas:

> Eu tinha que conseguir fazer com as duas. Tirava todinha a minha roupa, colocava a camisola, porque elas têm que ficar pele com pele. Aí eu colocava ela pele com pele, amarrava e a deixava sentir o calor humano. Deixava uns 40 minutos até ela dormir. Depois que ela dormiu e ficou bem acomodada, eu tirava ela e colocava no berço. Consegui fazer com as duas também. E se as pessoas falarem: não dá para fazer com dois nenéns, dá sim. Pra mim deu, deu para eu fazer com dois nenéns. É mais ou menos assim. (DANIEL)

Em um estudo de caso realizado por Santos, Machado e Christoffel (2013) com oito profissionais da equipe de enfermagem de uma maternidade do Rio de Janeiro, fica evidente que o significado da participação dos pais para a equipe de enfermagem encontra-se no apoio

emocional disponibilizado por eles às mães e aos bebês. Além disso, o estímulo à participação da família está na figura do pai, embora a participação deste não seja constante nesse estudo.

Os horários não fixos para a realização do contato pele a pele dependiam das crianças e da disponibilidade dos pais, conforme o discurso a seguir:

> Não tinha muito: vou fazer às oito horas da manhã. Na hora que ela chorava e eu estivesse disponível, eu a colocava para fazer o Método Canguru no caso. (DANIEL)

Na segunda etapa do MC, o bebê estável clinicamente é colocado em contato pele a pele junto com sua mãe pelo período em que ambos acharem seguro e prazeroso (HENNIG; GOMES; GIANINI, 2006). NO caso de gêmeos, os pais também são convidados a permanecer na UCINCa em tempo integral.

Duas mães relataram dificuldade em realizar a PC por causa da ferida cirúrgica. No caso a seguir, a mãe não fez a PC, mas descreve como o companheiro fez o contato pele a pele com as filhas:

> Com ela na faixa, aqui. Só que eu não fiz. Quem fez foi o meu marido. Ele fez sem roupa e com ela, primeiro ele fez com uma e depois ele pediu para fazer com as duas, e ele fez. (MICHELE)

Soares et al. *(*2016), em pesquisa realizada com 22 pais com o objetivo de analisar os significados atribuídos pelo pai no cuidado do RNPT, verificaram que, diante da dificuldade da esposa em realizar a PC, o pai assumiu esse cuidado para com as filhas. Cuidar do bebê frágil e pequeno é desafiador para os pais, sem contar a questão cultural, de que o cuidado dos filhos é tarefa da mãe.

O trecho a seguir expõe o desgaste da mãe em fazer o contato pele a pele. Chegou um determinado momento em que ela não conseguia mais colocar a filha em PC e o desejo de ir embora para casa se acentuava:

> Eu fiquei bastante com ela no canguru, mas agora não consigo mais, as minhas costas estão doendo e eu não consigo mais ficar assim. (ROSA)

Um estudo realizado por Severino, Pinto e Moura (2007), com 15 mães que participavam da UCINCa de dois hospitais de Fortaleza – CE, revelou que cinco delas relataram sentir dor após a hospitalização e três, que já sentiam dor, relataram que as dores aumentaram após a adesão ao método. A PC exige muito da musculatura do tronco superior da mãe, assim, o único beneficiado é o RN.

A presença de outras mães na mesma situação ou, às vezes, até em situação pior, e as amizades realizadas no ambiente hospitalar foram relevantes para que as mães conseguissem permanecer ao lado dos filhos:

> Ficar lá, sei lá, me apavorava. Tinha que ficar, mas depois a gente vai fazendo amizade com as outras mães que estavam lá também, a gente às vezes pensa que a situação da gente é tão difícil que tem outras lá que está mais difícil que da gente [...]. (LURDES)

Em um determinado momento os pais se questionam o porquê do filho ter nascido prematuro, porém percebem, na unidade neonatal que o nascimento do filho antes do previsto é, infelizmente, a realidade de outras famílias. Essas famílias passam a buscar força juntos e, dessa forma, aceitam e superam as frustrações iniciais; assim, o dia-a-dia no ambiente hospitalar se torna mais leve (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

Os pais se sentem satisfeitos por interagir com pessoas que estão passando pela mesma situação: o nascimento de um filho pré-termo. A convivência entre eles faz com confiem em si mesmos (PRIETO; NEGRÃO; CALVALCANTE, 2005).

Diante de todos os osbstáculos transcorridos desde o nascimento antecipado dos filhos, as famílias superaram esses desafios diários e realizaram o contato pele a pele com o intuito de beneficiar os seus bebês.

Descompasso do MC

O nascimento do filho pequeno e frágil

O nascimento do filho pré-termo é um momento de crise para a família; a sobrevivência do bebê é incerta e a mãe pode se sentir culpada pela antecipação do parto. O MC deveria iniciar-se no pré-natal de alto risco, preparando essa família para um nascimento precoce e uma possível hospitalização do bebê na unidade neonatal. Quando a família não recebe esse atendimento durante a gestação, no parto e na interação com o bebê após o nascimento podem acontecer descompasso na efetivação do método.

Na expressão a seguir, a mãe que esteve por um longo período de repouso hospitalizada na ALCON, se queixa que conheceu o MC após o nascimento da filha. Lendo o manual do MC, percebeu que a atenção humanizada ao RNBP deveria ter sido iniciada durante o seu pré-natal de risco.

> [...] O Método Canguru é antes de nascer, a mãe grávida com problemas, tudo, teria que ter essa parte. Eu não tive eu não tive todos esses cuidados; eu não sei se os postos de saúde estão preparados para encaminhar essas grávidas de risco para um atendimento mais humanizado. Não tive isso. Porque foi o que eu vivi lá. Foi pós-parto que a criança nasceu antes do tempo e eu tive a ajuda de UTI Neonatal, unidade intermediária, depois propriamente dita que falam o que é o método canguru. Foi isso que eu vivenciei. (VANUZA)

Na trajetória do MC no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC percebe-se que, ao contrário do expresso anteriormente, a instituição inicia a humanização no período da gestação e no parto, como o direito ao acompanhante de sua escolha desde sua admissão. O contato pele a pele entre a mãe e o filho acontece desde a sala de parto; é permitida a visita diária de crianças durante sua hospitalização na ALCON; são utilizadas medidas não farmacológicas para o alívio da dor; é incentivado o AME; é realizado o grupo de gestantes com a participação do casal; e é enfatizado o planejamento familiar (CUSTÓDIO; COSTA; BORCK, 2015).

Outra experiência exitosa aconteceu no Hospital Geral de Itapecerica da Serra (HGIS), local onde adotaram a humanização e o MC desde o parto e o nascimento, com a autorização do acompanhamento familiar por 24 horas, inclusive na UTIN e UTIP (CINTRA et al*.,* 2015).

Os relatos dos pais entrevistados demonstram que o medo da morte e do desconhecido pode transformar um momento que seria de alegria pelo nascimento de uma criança em um acontecimento cercado de angústias, dúvidas, medo e incertezas sobre o futuro próximo:

> [...] o médico começou a fazer o exame. Eu falei: o meu bebê tá bem? Ele falou: vamos ter que interromper a gravidez. Aí eu falei: meu bebê tá bem, doutor? Não, se tivesse bem não estaria interrompendo a gravidez agora. Aí eu falei: mas ele tá vivo? Vivo tá porque, se tivesse morto, você poderia ficar três dias com ele na barriga. Daí eu fiquei muito apavorada, comecei a chorar muito e fiquei sem rumo [...]. (TATIANA).

A notícia da necessidade de interrupção do parto gera sentimentos subjetivos. Além disso, os pais ficam sem rumo e com dificuldade de aceitar que o filho irá para um ambiente desconhecido como a UTIN. Dessa maneira, a forma como a notícia é dada para a mãe pelo profissional de saúde pode interferir nessa aceitação (KRIEGER et al., 2014).

A mãe relata a sua dificuldade de diálogo com o médico pediatra na sala de parto durante o nascimento dos filhos:

> Quando eles nasceram, eu já fiquei com medo, porque o pediatra que fez o parto dos meninos me deixou muito pra baixo. Nossa, tanto é que a anestesia não pegou, tive que tomar duas anestesias, porque o pediatra falou: Você sabe que seus bebês podem nascer mortos, por serem prematuros, não têm muita chance. Não tem vaga nem na UTI e nem no CTI e, se precisarem e não aparecer vaga rápido, eles podem morrer. A gente não pode fazer muito. Em vez de ele usar umas palavras, assim: nós vamos fazer de tudo, só que a gente não garante... Não, ele falou um monte de coisa, eu fiquei nervosa, ele falou: se seus bebês nascerem e não chorarem, você pode saber que morreram, que já nasceu morto. Como ela nasceu primeiro e ela chorou, chorou, chorou, chorou, chorou... Ai, eu já aliviei, que bom! Ele não resmungou, ele não fez nada. (NEIDE)

Os sentimentos presentes no momento do nascimento do filho prematuro devem ser valorizados e trabalhados por intermédio do diálogo entre a equipe de saúde e a família do

RNPT. Cabe à equipe, orientar, tranquilizar e capacitar os pais para lidarem com os desafios dessa experiência não planejada (OLIVEIRA et al., 2013).

Percebe-se no relato do pai entrevistado o descontentamento por não poder acompanhar o nascimento das filhas e a incredibilidade na recuperação delas:

> Eu briguei com o pessoal porque eu queria assistir o parto; eu estava com raiva, eu queria saber como ela estava. Não pude assistir ao parto porque falaram que era parto de nenê prematuro, que tinha risco, que não era permitido. No momento eu não aceitei. Eu comecei a falar mal, falar um monte de coisa. Eles pediram para eu me retirar, eu saí lá fora e eu esfriei a cabeça. Eu voltei e dormi lá na cadeira, sentado. Esperei, aí veio uma enfermeira que falou pra mim que estava tudo bem, que eu ia ser pai de gêmeos. No momento eu não acreditei. Porque eu falei assim: não, como é que podia ter dois bebês nessa barriguinha? Daí o médico falou assim: teve dois bebês. Na hora eu entrei em choque, sumi, sei lá o que aconteceu. Fiquei assustado na primeira semana, depois que eu as vi, fiquei mais assustado ainda. Fiquei com medo delas não sobreviverem. (LUIZ)

No estudo realizado por Predomini e Bonilha (2011) com 24 pais que participaram como acompanhantes de suas esposas no momento do parto no Hospital de Clínicas de Porto Alegre- RS, ficou evidente a importância de os pais estarem ao lado do filho nos seus primeiros minutos de vida, acariciando e ouvindo o seu choro.

A Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011, garante à mulher um acompanhante de sua escolha durante o acolhimento, o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2011c).

No discurso a seguir, o pai relata a dificuldade que encontrou para que a esposa fosse transportada da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para o hospital, e enfatizou que não acompanhou o nascimento da filha por ser uma gestação de risco:

> Eu fiquei lá na frente esperando porque não deixavam entrar. Não podia entrar porque foi operação de risco. Ele falou que não podia, mas toda hora, a cada cinco minutos, eles traziam informações pra mim. Falavam: não está bem ainda. [...] Nós chegamos no UPA, faltavam 20 pra meia noite. Faltava 15 pras cinco quando deu a primeira convulsão, nisso deu duas vezes, e lá no hospital deu mais duas vezes e eles não socorreram falando que estavam pedindo ambulância. E eu falei pra eles se estava vindo de São Paulo a ambulância por que já eram 4 horas e nada. Quando deu convulsão nela que eu apavorei com eles, eu saí lá nos fundos, tinham duas ambulâncias, não tinha era motorista [...]. (JOÃO)

É importante a efetivação de uma rede de referência ambulatorial e hospitalar para atendimento a gestante de alto risco e suas intercorrências, com diagnóstico precoce e tratamento imediato nas unidades de saúde (NOVO; GIANINI, 2010; SOARES et al., 2009).

O discurso expresso pela mãe durante a entrevista é referido também pelo pai na visita ao domicílio. Percebe-se que o nascimento do filho foi diferente do idealizado pelo casal:

> O meu marido pediu pra me avisar que estava indo em Paranaíba levar uma declaração de que eu estava internada e não tinha previsão de alta. Quando foram umas sete horas da manhã, o médico falou que eu ia fazer cesárea. Eu falei para as

> enfermeiras avisarem meu esposo que eu ia ganhar nenê, porque ele estava me esperando na maternidade e eu dormi no CO, sem nenhum ter contato com o outro, sem comunicação. [...] Eu falei pra eles: vocês avisam meu marido que já vou pra cirurgia. Ninguém avisou a ele, ele pegou e foi embora. Ele pediu pra me avisar que foi lá levar meu atestado e ninguém avisou e eu fiquei dois dias sozinha, deitada e dependendo dos outros pra tudo. Depois de dois dias que eu fui pra maternidade, eu pedi para ligar pro meu esposo pra avisar que eu já estava na maternidade. Ligaram pra ele e eles falaram: o seu esposo está lá em Paranaíba [...] quando foi no outro dia, seis horas da manhã, ele chegou. Eu não tinha levantado da cama, não tinha tirado a sonda e eu perguntei pra ele: você viu o nenê? Ele pegou e falou pra mim: que nenê? Ele ficou meio perdido [...]. (ALANA).

É inquestionável o direito ao acompanhante, seja ele pai ou outro indivíduo de escolha da mulher durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A sua inserção deve ser garantida desde o pré-natal (CARVALHO et al., 2015).

A mãe expressa a importância da família no momento de angústia pela interrupção da gestação:

> Eu não sou de reclamar, mas a gente não poder ver as pessoas [...] foi muito difícil pra minha irmã chegar pra poder me ver no pós-operatório. Tá certo, já diz pós-operatório, a pessoa tem que ficar quietinha ali, mas a pessoa que tá lá fora quer notícia, porque, pensa, um pedaço seu tá ali dentro, você quer saber como que aconteceu; você quer ver porque você só acredita vendo, não é verdade? Vem um e fala: tá bem. Você não acredita, você quer ver a pessoa. (TATIANA).

Existe um distanciamento entre as práticas recomendadas e difundidas e o que tem acontecido nas maternidades com relação à assistência ao parto; percebem-se barreiras para que se realize plenamente o modelo do parto humanizado (SOUZA; GUALDA, 2016).

A seguir, a experiência de mães adolescentes sobre a ausência do acompanhante no momento do nascimento das filhas:

> Não pode entrar ninguém. Não pode porque foi de risco ela falou que não podia ninguém entrar. Porque foi cesárea. Eles falam que não pode entrar. Mas esperaram a minha mãe chegar pra me levar para a sala [...]. (MICHELE).

> Depois que eu vim pra cá, fiquei no CO, fiz a curetagem, eu fiquei me sentindo meio mal, meio triste, porque eu fiquei sozinha. E também o Luiz não estava ali comigo, eu fiquei dois dias no CO, e ele ficou ali também, só que ele ficou dormindo naquelas cadeiras. Só que eu não estava andando. Não fui conversar com ele. Fiquei dois dias ali, daí subi, fiquei um tempo lá com a minha mãe. Ele foi pra lá e ficou comigo um tempo, aí que eu comecei a me sentir melhor, porque eu não estava perto dele, não estava com ele ali no momento. (CLARA)

Souza e Gualda (2016) desenvolveram um estudo em uma maternidade pública do Paraná com 11 mulheres e 11 acompanhantes, no qual se verifica que as parturientes consideraram a presença do acompanhante importante no nascimento de seu filho. Isso se deve ao fato deles apoiarem, tranquilizarem, entreterem e por estarem ao lado delas.

A mãe expressa a seguir as suas preocupações com as filhas após o seu nascimento e a tentativa de ouvir notícias sobre elas:

> No pós-operatório, o Paulo não entrou para ficar comigo. Fiquei das 21 até as 13 do outro dia sem notícias das crianças. Eu ouvia os doutores conversando, não conseguia dormir, mas o pediatra veio conversar comigo, disse que o batimento do coração delas estava baixo e que iam receber oxigênio e não poderia dizer as condições delas, e se iriam melhorar. Eu os escutava falando sobre mim e sobre elas. Eu gostei de poder ficar ouvindo. Seja o que for, eu prefiro saber. (LAURA)

As informações sobre os filhos começam a chegar por intermédio das visitas:

> A minha mãe foi me ver e falou pra mim que o neném estava respirando no balão de oxigênio manual. Porque não tinha vaga na UTI NEO pra ele. E que ele não estava com muita chance. Fiquei meio que em desespero de novo. Eu perguntei da bebê e minha mãe tinha dito que ela tinha conseguido vaga no CTI pra ela. Só que ele precisava ir para a UTI NEO, ele não tinha que ir para o CTI, tinha que ir para a UTI NEO. (NEIDE)

Na fala a seguir fica evidente a procura da mãe por notícias do filho:

> [...] depois eu queria saber do meu filho. Gente, nunca aconteceu isso comigo; as minhas duas crianças nasceram, choraram e eu ouvi, e daí eu falei que eu queria ver ele. Ela falou assim: calma, Tatiana, você não vai poder ver agora, mas você respira que vai dar tudo certo, eu creio! À noite veio outra enfermeira e eu falei: olha, eu ganhei o meu filho hoje eu não vi ele até agora; eu não tenho notícias dele, eu queria muito saber dele. Ela foi lá dentro, conversou com a outra, porque eles não têm acesso, conversou com a outra enfermeira que falou assim: ele tá lá fazendo bagunça (risos), não quer parar com o tubo de respiração. Ai, Graças a Deus, porque se ele está assim é porque ele tá bem, em movimento [...]. (TATIANA).

Em relação ao exposto nos relatos anteriores, nota-se o desamparo que as mães se encontram frente ao nascimento de um bebê pré-termo.

Para as mães, a separação do filho após o nascimento é como se elas estivessem incompletas (SILVA et al., 2016).

O bebê prematuro é separado de sua mãe devido ao seu estado de saúde e deixa de receber os cuidados que um recém-nascido de termo recebe. Ao invés dos cuidados dos pais, o RNPT é exposto a procedimentos invasivos. O ver, tocar e cuidar do bebê contribuem para a formação dos laços afetivos. Assim, se for possível, a mãe deve ver e tocar o seu filho ainda na sala de parto, antes de ser levado para a UTIN. Se não for possível, a mãe deve ser informada sobre o local para onde levaram o seu filho e sobre os cuidados que ele receberá (BRASIL, 2014).

Em outro momento, a mãe relata que não viu o seu filho logo após o nascimento e não obteve informações sobre o seu estado de saúde:

> Ninguém me mostrou, eu escutei só o chorinho dele, porque teve que ser tudo rapidão. Ninguém me falou se ele estava vivo, se ele não estava, onde que ele estava, onde que ele não estava, ninguém falou nada pra mim. Fiquei sem saber dele. Quando meu esposo chegou é que ele foi atrás, foi ver onde o nenê estava, tudo certinho, porque senão eu não teria sabido não. (ALANA)

A falta de diálogo entre a mãe e a equipe de saúde acarreta a ela sentimentos de insegurança e medo e, quando recebe orientações, não é permitido o retorno, a troca de informações e efetivação da comunicação (ARAÚJO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2008).

Mesmo que o tempo seja curto, os pais precisam vivenciar o nascimento do filho real, olhar para ele, para que ambos possam se sentir pertencentes um do outro (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

A mãe expressa o seu sofrimento em estar hospitalizada no ALCON sem seu filho (o qual se encontra internado na UTIN), em conjunto com outras mães com seus filhos presentes.

> Podia só passar a mão nele pela aquela janelinha, não podia nem abrir a incubadora toda, era mais pela janelinha mesmo que eu podia pegar, era muito difícil pra mim, porque eu fiquei oito dias internada depois do parto na maternidade. E sabe, todas as mães com os nenéns e eu não podia pegar, eu não sabia quando eu poderia pegar ele, porque, querendo ou não, eu já tinha uma noção, eu já pensava que poderia pegar ele depois que ele completasse os nove meses certo dele, que seria da gestação e ele saiu antes. Então, pra mim, foi surpreendente porque ele se recuperou muito rápido [...]. (MIRELA)

De acordo com pesquisa realizada com 21 mães em Fortaleza – CE com a finalidade de analisar a percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidados de um bebê prematuro, constatou-se que as mães sofrem ao saber que ficarão hospitalizadas em uma ambiente longe de seus filhos (SIQUEIRA; DIAS, 2011).

Na fala a seguir, a mãe relata que não se sente bem em estar no ALCON e as filhas na UCINCo:

> Sempre que descia do quarto, eu pegava e conversava com as meninas para não se sentirem sozinhas. Não sei se é coisa da minha cabeça, mas não gostava de deixá-las e subir para o quarto. Sei que estavam bem cuidadas, mas não gostava nem um pouco. Tinha medo de se sentirem abandonadas. (LAURA)

O estudo realizado por Nunes et al. (2015), com dez mães de RNPT de uma maternidade de Fortaleza - CE, evidenciou sentimentos maternos de insegurança no primeiro contato físico com o filho hospitalizado, mesmo a mãe tendo o desejo de tê-lo nos braços. Foi medo da perda do filho, visto que a sobrevivência dele era incerta.

Na seguinte fala o pai relata que teve que aguardar a transferência das filhas para a UTIN para poder vê-las:

> Falaram que tinha um horário para poder ver, que elas recém tinham sido colocadas na incubadora, que tinham que coletar muitos exames, e pediram pra eu aguardar um pouco. Eu fiquei lá fora, caminhando, pensando no que seria delas. As enfermeiras disseram pra mim que eram duas meninas [...] e aí pedia muito a Deus para não nascer com nenhum defeito, com nenhuma sequela. (LUIZ)

Após o nascimento, a expectativa dos pais era voltar para casa com o filho nos braços. Porém, isso não se concretiza e a mãe passa a acompanhar e visitar o filho na unidade neonatal.

> Eu falei assim: é uma parte difícil a gente ficar lá; é muito difícil, principalmente a gente que tem filhos aqui fora, tem a família. Tudo que a gente quer ver, e a gente quer ganhar o bebê e vir pra casa. Ninguém quer passar por tudo aquilo, por mais que têm pessoas que passam até coisas piores, porque, Graças a Deus, o meu filho não teve cirurgias. Não teve que esperar nada, não tomou sangue, não teve nada disso, e outras mãezinhas passam por tudo isso, moram fora, não moram aqui. (TATIANA)

A pesquisa realizada por Heck et al. (2016) em um hospital-escola na região sul do país, com nove mães, revelou que, de modo geral, as mães esperavam que seus filhos nascessem a termo, e que, após o nascimento dos filhos, pudessem ir para a casa com eles.

Diante do exposto, percebe-se a importância da inclusão do acompanhante que a mulher escolheu para estar ao seu lado no momento do nascimento do filho, independentemente do fato de se tratar de parto de risco, pois são situações em que o binômio precisará de apoio efetivo.

O retorno dos pais para casa sem o filho

Nas unidades de terapia intensiva tanto neonatal quanto pediátrica em que o estudo foi realizado, os pais não podem ficar ao lado do filho pré-termo em horário integral.

Além disso, retornar para casa sem os filhos gera para os pais sentimentos de angústia, medo e tristeza.

> Foi de ter deixado também ela lá, foi de ter que ir todo dia à UTI, era uma dificuldade, [...] Você vai, mas a sua cabeça fica! (choro)**.** (ROSA)

A alta da mãe não associada à do bebê provoca nela sentimentos de medo e de dor devido à separação (LARA; KIND, 2014).

Quando as crianças estão na UTIN e as mães não podem permanecer por tempo integral na unidade, percebe-se que a rotina de ir para casa e voltar para visitar o filho gera cansaço físico e psicológico para elas (ANTUNES et al., 2014).

É evidente neste estudo o medo da perda do filho, sentimento que irá acompanhar a mãe durante toda a hospitalização, principalmente quando os deixa na UTIP e na UTIN e vai para casa:

> [...] Ainda mais na UTI e no CTI , vixe, a cabeça fica a mil. Tudo pode acontecer. A gente aqui em casa ficava com o celular na mão. Dormia com o celular do lado. Porque se acontecesse alguma coisa, eles iriam ligar. Nossa, eu nem dormia direito, ficava pensando

> só neles lá, não via a hora de estar lá com eles. Meu interesse era eles falarem: Você pode ficar. Eu falei pra minha mãe: não importa o tempo que a gente vai ficar lá, mas ficar com eles é outra coisa. Foi bem difícil! (NEIDE)

Diante do bebê pré-termo com necessidade de cuidados especiais e intensivos, os pais temem pelo futuro da criança e sua sobrevivência. Também se cobram e duvidam de sua capacidade para cuidar desse bebê (CAETANO; SCOCHI; ÂNGELO, 2005).

Na fala a seguir, percebe-se a tristeza da mãe por não ter sido ela a cuidadora do filho e por ter perdido a oportunidade de cuidar dele nos primeiros dias de vida, de não ter visto o coto umbilical mumificar e cair, enfim, cuidados protagonizados pela equipe de enfermagem e não por ela:

> [...] ele não foi em casa, não fui eu quem curou o umbigo dele. Quando eu fui ficar de acompanhante, já tinha caído. Então, muita coisa que mãe passa, depois eu não passei. Sabe, dos cuidados dos primeiro dias eu não tive. Foi mesmo assim depois, quando eu fui ficar de acompanhante com ele, já ia fazer um mês que ele tinha nascido. [...] Eu queria ter ficado antes com ele, só que, como não podia, todo dia eu ia visitar Só que era ruim, sabe, de eu ir visitar e depois eu ter que ir embora. Era horrível a hora de eu ter que ir embora e eu ia sozinha visitar ele e eu tinha que voltar também, e era complicado pra mim. Quando ele passou pra lá, a enfermeira veio falar comigo que eu já podia ficar de acompanhante. (MIRELA)

As mães percebem os profissionais de enfermagem como suas substitutas no período em que os filhos se encontram na unidade neonatal. Porém, são impedidas de exercer a função de mãe, de se fazer mãe (LARA; KIND, 2014).

O discurso abaixo denota a tristeza da mãe em ter o diagnóstico e a necessidade de interromper a gestação antes do tempo planejado. Essa mãe veio encaminhada de seu município em ambulância aérea e, rapidamente, a gestação foi interrompida. Assim, ela não teve tempo para se acostumar com a ideia de um parto prematuro; outro fator agravante era ela estar em uma cidade diferente, sem seu esposo e sua família.

> Foi difícil, sabe, pra mim, saber que ele ia nascer de seis meses. Eu imaginava que ele ia nascer de nove meses, tudo certinho. A minha maior dificuldade foi ter saído da minha cidade e vir para um lugar que eu não conhecia, e não conhecia ninguém e foi tudo muito rápido. Eu não imaginava tudo assim corrido e foi difícil, muito difícil. Mais difícil pra mim foi depois do parto, na maternidade, onde eu via todas as mães com os bebês do lado e o meu estava lá embaixo. Pra mim, o pior foi ter alta e não levar o meu neném e ele ficar lá. Pra mim foi bom mesmo quando eles me falaram que podia ficar com ele porque até então eu ficava todo o dia, eu ia ver ele na neo e doía muito ver ele lá, muito, muito, muito mesmo. Aí, foi bom quando eu fiquei com ele, quando eu peguei ele no colo a primeira vez, foi o melhor de tudo (choro). (MIRELA)

Ao longo da gestação, a mãe espera que, após o nascimento do filho, possa voltar para casa com ele nos braços, porém esse sonho é adiado. A alta materna representa para a mãe uma situação de dor pela separação do filho que ainda precisa permanecer hospitalizado (OLIVEIRA et al., 2013).

O livre acesso dos pais à UTIN já é uma conquista e está vinculado à proposta do MC, porém deve-se pensar em oportunizar a permanência dos pais em tempo integral nessa unidade se assim eles desejarem.

A necessidade de ambiência acolhedora

A equipe multiprofissional da unidade neonatal deve oportunizar aos bebês e seus familiares assistência adequada à saúde. Além disso, deve-se proporcionar atenção acolhedora e resolutiva no que se refere a espaço físico, social e profissional.

Nos discursos a seguir, percebe-se que as mães se sentem ociosas na Unidade Neonatal e gostariam de usufruir de atividades de lazer:

> Poder sair uns dez, quinze minutinhos pra dar uma voltinha no corredor ou, às vezes, ir lá em baixo, mas depende de quem tiver cuidando de enfermeira. Mas, mesmo assim, é ruim porque tinha que ter [...] no final de semana, como a hora demora passar, tinha que ter algum tipo de piquenique, algum tipo de lazer para as mães se reunirem e ficar [...] se distrair um pouco a cabeça também, passar o tempo. Porque ficar igual, 24 horas ali dentro, você faz tudo, você não vai pra lugar nenhum a não ser ficar ali dentro, já sua cabeça [...] você pensa mil coisas, porque você quer ir embora logo. [...] Tinha uns lápis lá, tinha caderno, mas ninguém falava: olha, tem um caderno ali, tem lápis se você quiser escrever, desenhar, fazer alguma coisa, ninguém falava isso não. (ALANA)

Os pais que acompanham os filhos hospitalizados apresentam o desejo de se sentirem livres para circularem nas dependências do hospital e de terem o direito de acompanharem os filhos o tempo que for necessário (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

A mãe argumenta que se queixou com a equipe de saúde que não havia atividades de entretenimento para as mães que acompanhavam os filhos durante a hospitalização na UCINCa. A equipe multiprofissional providenciou um filme para elas assistirem e livros para lerem. A mãe gostou, mas ressalta que essas atividades devem ser rotineiras e não esporádicas:

> Eu acho assim, começou a melhorar com as interações de ter atividades para as mães, para desestressar um pouco. A gente não conseguia ficar ali fechada naquele ambiente que não tem uma janela, não tem uma atividade, mas já começou o primeiro passo: ter as atividades. Eu acho que já começou, mas pode melhorar e ser uma rotina: hoje eu faço, daqui duas semanas o outro faz. Não sei, tem que ser uma rotina, se não a mãe não aguenta. [...] Ficar em um ambiente e somente ter a dedicação exclusiva para o bebê [...] Às vezes a gente não chega nem até a porta ali da entrada do canguru, tem que ter alguma coisa, nem que seja por poucos minutos, sair daquela rotina ali seria bom. (VANUZA)

O foco do cuidar ainda está centrado nos equipamentos, nos procedimentos e nas patologias, assim o ambiente da Unidade Neonatal e os cuidados prestados às crianças e suas

famílias não são individualizados e nem acolhedores. A assistência à saúde deveria ser centrada nas relações, nas formações de vínculos, nas histórias de vida compartilhadas pelo bebê e seus pais (SILVA et al., 2013).

No discurso a seguir o pai expressa a sua opinião sobre a UCINCa e ele chega a comparar essa unidade a um cárcere privado:

> [...] Porque do jeito que ela estava lá, eu estava ficando estressado naquela outra parte, porque ali é tipo uma prisão. Você não pode sair de perto da criança, é direto ali, ela ficou uns 18 dias ali, não podia sair de dentro do quarto de jeito nenhum [...] se você deixa ela um pouquinho pra ir ao banheiro, é o tempo que você tem só, não pode sair de jeito nenhum.. [...] ela, assim, no caso, que já estava muito sofrido, porque ela devia ficar um pouco ali, dar uma voltinha dentro do hospital, ali mesmo pra distrair as ideias. Porque, agora, ficar fixamente ali naquele lugar e não poder sair, eu ficava pensando assim por causa dela. (JOÃO)

Na UCINCa, as mães permanecem em tempo integral com os filhos, tendo a oportunidade de conhecer melhor o seu bebê pré-termo. Nessa unidade a mãe passa a executar os cuidados com o seu bebê sob a supervisão da equipe de saúde. Assim, deve-se tentar reduzir a ansiedade da mãe; se elas tiverem um relacionamento positivo com a equipe de saúde, essa ansiedade já diminui. Nesse período cabe à enfermagem desenvolver ações educativas e de apoio às mães e seus familiares, preparando-os para a alta hospitalar (CAMPOS; CABRAL, 2002).

A mãe relata que os outros pais tinham a mesma impressão da UCINCa, porém, para ela, a estrutura era boa, pois a aproximava mais da filha:

> Engraçado: os outros pais também que iam lá falavam: isso aqui é uma prisão. Ficavam falando: isso aqui é uma prisão. A gente ficava brava com eles. Mas é bom que a gente esteja com mais contato, é por isso que a gente vai pra lá, pra ficar mais perto e ter mais contato com a criança. Não, não achava uma prisão não. (LURDES)

Araújo e Rodrigues (2010b) realizaram um estudo com doze mães de RNPT que permanecerem no alojamento das mães durante a hospitalização do filho em uma maternidade do Rio de Janeiro - RJ. Observaram que, por mais que as mães dissessem que o alojamento es não era uma prisão, elas entraram em contradição ao falar que o local era pouco familiar e que não dispunha de atividades de lazer.

O depoimento da mãe permite constatar que o apoio emocional não foi satisfatório:

> [...] Igual no dia que eu pedi pra ela sair porque eu não estava bem. Eu queria chorar lá fora, eu queria falar com a minha mãe, só que lá fora. Porque tem uma hora que você quer uma privacidade. Não ir só lá ao refeitório e falar; você quer ficar um pouquinho sozinha também. Eu pedi pra enfermeira; depois de duas horas é que ela foi ver pra mim se eu podia ir lá fora. Depois que eu já tinha falado com a minha mãe, que eu já tinha chorado, que aquela emoção já tinha passado [...] Eu falei: não, não preciso mais, não, eu já conversei com ela, porque aí eu fui e saí e falei com a minha mãe. (ALANA).

Araújo e Rodrigues (2010b) relatam que as mães se sentem solitárias durante a sua permanência no hospital. O ambiente fechado, sem janelas, dificulta a permanência das mães nessa unidade, como se verifica por meio destas falas:

> Fechado assim [...] Você não poder sair com seu nenê, ir lá fora, tem um dia de banho de sol, eu fui, achei bom, mas não é a mesma coisa, você estar livre, você está ali, você tem que ficar ali, cuidar do seu nenê. Você é mãe, tem que cuidar do seu bebê. Não é a mesma coisa que você estar aqui fora. (ROSA)

Em outras realidades, como no Hospital Geral de Itapecerica da Serra (HGIS), a estrutura é diferente e proporciona melhores condições de aconchego aos pais. A UCINCa possui uma área anexa e as mães têm acesso a essa área, onde há um jardim e uma área com sofás e televisão (CINTRA et al., 2015).

A fala a seguir, ilustra a necessidade dos pais de se adaptarem ao setor e às suas rotinas, que são diferentes do domicílio.

> É você não poder ficar só em um lugar. Mesmo que você possa sair, você não tem contato com as pessoas com quem você sempre estava próximo. Você não tem mais a liberdade de andar. Quando eu estou em casa, eu sou completamente diferente do que eu estou aqui. Eu tive que me adaptar a muita coisa. Tenho o costume de andar o dia inteiro sem camisa. Pode estar calor ou frio, eu sempre ando sem camisa. E aqui eu tive que me adaptar, foi bem diferente. (LUIZ)

O foco do cuidado na unidade neonatal deve ser o RNBP e a sua família. Assim foram descritas as ações do hospital Sofia Feldman, desenvolvidas para as gestantes de alto risco, mães e familiares dos bebês hospitalizados, cuidados estes baseados no cuidado centrado na família. Destacam-se os grupos de reflexão, o banho de sol, o grupo de atividades manuais, o bingo, a orientação do aleitamento materno e de planejamento familiar (DITTZ; MELO; PINHEIRO, 2006).

As falas indicam que, na UCINCa, os pais não podem sair da unidade, o que constitui grande dificuldade:

> [...] E de lá do canguru não poder sair. [...] Lá não pode, você tem que ficar, igual você fica na sua casa, não pode ficar saindo, por causa delas. Foi ruim. Mais valeu a pena porque saí de lá, estou com as minhas filhas. Foi tudo uma grande experiência. (MICHELE)

Caetano et al. (2004) sugerem que sejam criados momentos de encontros entre os pais que tenham filhos internados em UTI Neonatal e equipes multiprofissionais com o objetivo de proporcionar a troca de experiências, sanar as dúvidas e diminuir as aflições.

No caso desta pesquisa, não há um grupo para os pais com a participação multiprofissional. Existem grupos para os pais separadamente com a psicóloga, com a

fonoaudióloga, com a terapeuta ocupacional e com a fisioterapeuta. Não existe grupo de pais com a participação da enfermagem.

As mães se focam na recuperação, na autonomia alimentar e no ganho de peso do filho e se esquecem que também precisam de cuidado, fato evidenciado no discurso a seguir:

> Teve bastante, você aprende mais a cuidar do seu nenê, se dedicar mais ao seu bebê, você cuida dele, se dedica a ele, só a ele. No método canguru é você e seu bebê. Eu acho que na UIN, você fica mais distante do nenê, você pode estar toda hora saindo. Ali no método canguru, você não pode estar toda hora saindo, na verdade não é bom nem você ficar saindo. O certo é você ficar ali, então ali acho que a facilidade é melhor, ficar com seu bebê, você vai se dedicar mais a ele do que na UIN. (ROSA)

A internação do bebê modifica a dinâmica familiar devido à necessidade de acompanhar e se dedicar aos filhos. Os pais abandonam as atividades exercidas fora do ambiente hospitalar, assim acabam se esquecendo de que também precisam de cuidados e de entretenimento para que possam estar fortalecidos para enfrentar as dificuldades do dia-a-dia e a sobrecarga de obrigações (DITTZ; MELO; PINHEIRO, 2006).

As mães convivem juntas e dividem as dificuldades de serem mães de um recém-nascido pré-termo, e os laços afetivos e a amizade formada entre elas são intensos. Isso é evidenciado no depoimento:

> O ruim foi quando eu fiquei no Canguru. Eu tinha a Camila como amiga lá dentro, porém, quando ela saiu, pra mim acabou. Eu falei: meu Deus, estou sozinha, não tem ninguém. Tinha um braço amigo aqui e agora não tem. Daí juntou com tudo fechado, tudo tranquilo [...] Aí depois entraram umas meninas, melhorou, mas não era como era a Camila [...] Pra mim foi a hora que eu fiquei sozinha, sem ninguém, sem a Camila, sem ninguém, sem ninguém mesmo lá dentro do método canguru, só. (ROSA)

As mães dos bebês hospitalizados na unidade neonatal se sentem sozinhas e sem ninguém próximo para acalmá-las e confortá-las. Assim, uma mãe conforta a outra, formando um forte laço de amizade, quase que uma grande família (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010b).

Com o passar do tempo, as mães se tornam conhecedoras dos problemas dos filhos e da dinâmica do hospital, e se tornam fontes de apoio para outras mães que vivem situações semelhantes, facilitando a esperança na recuperação do filho (CAMARGO et al., 2004).

Na UCINCo não há alojamento para as mães repousarem ou se distraírem. As mães se acomodam em cadeiras almofadadas ao lado dos filhos dentro da unidade. O fato de repousarem nas cadeiras gera descontentamento, como pode se observar nos discursos a seguir:

> [...] a única coisa dali da UIN são aquelas cadeiras, porque as mães acabaram de ter o bebê e fizeram cesárea [...] Igual, no meu caso, eu fiz cesárea e quando eu cheguei ali eu falava assim: ai, eu tenho que deitar nessa cadeira? Deitar eu até deitava mas na hora de levantar é muito difícil porque a gente tem que trocar os nenéns e estar ali perto deles. É muito difícil é muito sacrificante. (ISADORA)

> Acho que ficar lá, ter que dormir na cadeira... Não é fácil. Lá na Unidade Intermediária não foi fácil. Eu ainda com ponto. Com quatro, não, cinco dias de ponto eu desci para dormir na cadeira pra cuidar delas. (MICHELE)

> Demorei em me acostumar aqui, a dormir na cadeira. Foi muito ruim para mim no começo, doía as costas, aí eu fui me acostumando aos poucos. (CLARA)

Uma experiência exitosa ocorre na maternidade de médio porte do Rio de Janeiro – RJ, onde as mães que tiverem alta e que queiram permanecer na maternidade até a alta de seu bebê poderão ficar no alojamento das mães, sendo permitida a visita os seus respectivos filhos no complexo neonatal em horário integral (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010a).

No hospital deste estudo, por um longo período, faltaram lâmpadas. Trata-se de um simples recurso que deve ser priorizado pela alta gestão, pois houve prejuízo na assistência, principalmente no período noturno.

Na fala a seguir a mãe faz uma queixa sobre a falta de lâmpadas no hospital, prejudicando a realização de procedimentos como a punção venosa:

> No dia em que a minha filha foi ter a transfusão de sangue, eu e a enfermeira Suzana tivemos que pegar uma maca e levar até debaixo da luz, pra ela poder fazer a punção, porque não tinha lâmpada no Canguru. Praticamente só tem dois pontos de lâmpada lá. Na maternidade eu tive que comprar uma lâmpada e pedir para instalar, foi até a minha irmã que estalou para mim [...]. (VANUZA)

A estrutura física e os inúmeros aparelhos existentes na unidade neonatal fazem com que os pais associem a ideia de morte do filho hospitalizado. Com o dia a dia, esse ambiente hostil passa a representar um lugar de esperança (SILVA et al., 2013).

Devem-se construir estratégias para compor a unidade neonatal com ambiências hospitaleiras que envolvam a equipe de saúde, o RNBP e seus familiares. Além de mudanças na arquitetura dos setores, devem-se proporcionar atividades manuais para os pais, assim como leitura de livros, bingos, filmes e melhora na sala de convivência. A mãe e/ou pai deve ter a oportunidade de fazer as refeições no refeitório. Outro aspecto importante é a utilização de música adequada na unidade neonatal. Essas modificações poderão desmistificar a visão dos pais sobre a UCINCa como um ambiente parecido com prisão.

Fragilidades existentes no processo de trabalho

A falta de recursos humanos e o alto índice de absenteísmo dos servidores da unidade neonatal refletem na assistência prestada ao RNBP, e é percebida pelos pais:

> Nas duas últimas semanas que eu estive lá, faltou enfermeira. E o neném passou mal. Ele teve que ser aspirado e não tinha ninguém lá. Tive que correr na UTI NEO para a enfermeira chefe ir lá aspirar ele. Ele já estava roxo já, estava assim sem ar de tudo, tadinho. Faltava enfermeira mais à tarde e à noite. À noite faltava bastante.

> Teve um dia que eu não sei o que aconteceu, dividindo a UTI e a UIN e o canguru, eu nem entendi direito o que as enfermeiras falavam. Não tinha mais enfermeira. Tanto é que quando o neném passou mal, era uma e pouco da manhã, não tinha ninguém. Sorte que minha mãe estava comigo e ficou com ele pra eu chamar outra pessoa, senão só estávamos eu e minha mãe lá, ia ter que deixar ele lá sozinho deitado e ir atrás de outra pessoa ou sair com ele no colo. (NEIDE)

Nos centros de referência do MC no estado do Rio de Janeiro, percebe-se que, mesmo o hospital sendo um serviço público e contando com servidor concursado, há muita evasão e perda de lideranças que eram comprometidas e estudiosas. Além disso, as equipes se modificam com frequência e, quando o grupo trabalha junto há anos, o trabalho flui melhor (GIANINI, 2015). Essa situação é semelhante à do hospital onde este estudo foi realizado.

Outra questão exposta pela mãe como sendo negativa é a falta de informações disponibilizadas pela equipe de saúde:

> Na UIN ninguém sabia que eles eram irmãos, colocaram um no leito 8 e um no leito 13. Um dia eu fui ver ela, eu nem sabia que ela tinha mudado para a UIN. Cheguei lá no CTI e eles falaram que tinha mudado de setor. Fui à UTI e nenhum dos dois estava lá, estavam na UIN. Eu fui lá, só que não tinha ninguém para me dar informação, quando eu achei, elas falaram: são irmãos? São gêmeos? Eu falei: são! Quando eu voltei para casa, que eu cheguei lá de novo eles já estavam juntinho, pertinho um do lado do outro. Aí foi quando eu pude ficar com eles, mas elas não sabiam nem que eram irmãos. Puxa , tem lá no prontuário dos dois, sabem que são gêmeos e deixar assim separado [...] Quando foi para passar informação, não tinha ninguém para falar comigo. Eu fiquei sem informação, só fui ter quando fui ficar com eles. (NEIDE)

Observa-se que a relação existente entre a equipe de enfermagem e as mães de bebês prematuros que estão hospitalizados tem que ser efetiva. As mães necessitam de informações detalhadas e em linguagem acessível acerca do estado clínico e dos procedimentos realizados com seu filho; necessitam, ainda, de apoio emocional, de se sentirem envolvidas nos cuidados com o bebê e de contar com a disponibilidade da equipe (FRELLO; CARRARO, 2012).

Deve-se estimular o vínculo entre a mãe e o filho desde o primeiro contato entre eles. Sobre o acolhimento oferecido pela equipe de saúde, a mãe relata que a acolheram bem, porém não foi estimulada a tocar na filha:

> Acolheram-me bem, mas não consegui tocar nela, não na primeira vez. Só consegui tocar nela depois de uma semana mais ou menos. (ROSA)

O MC deveria proporcionar para as unidades neonatais um atendimento individualizado, com o objetivo de aproximar pais e filho, por meio da participação da mãe nos cuidados prestados ao RN e com livre acesso dos pais (NEVES et al., 2006).

As mães pontuam que elas não fizeram o contato pele a pele com os filhos na primeira etapa do Método Canguru (UCINCo, UTIN e UTIP).

> Eu fiz só no Canguru, na UIN não. No canguru, eu fiquei lá no canguru dez dias, os dez dias que eu fiquei lá todos eles foram fazendo o método canguru, pra elas ganharem peso também. (ISADORA)

> Não fiz canguru nem na intermediária e nem na NEO. Ninguém pediu para eu fazer, nenhuma vez. Era mais na incubadora, eu ficava de pé com as mãos e era só ali. Não tirava ela. Só para fazer higiene e fazia tudo ali, ela ficava o tempo todo deitada. Quando eu estava na neonatal e na unidade intermediária não tinha noção do que era. Somente tive noção do Método Canguru quando eu fui para aquele quarto. (VANUZA).

> Na UTI eu fiz duas vezes só lá com ela, na UIN eu peguei mais, no Método Canguru eu também peguei, mas lá eu cheguei até a dormir com ela assim. (LURDES)

No estudo realizado por Campos e Cabral (2002) com dez mães de maternidades públicas do Rio de Janeiro-RJ, foi identificado que nem todas elas realizaram a PC com seus filhos na Unidade Neonatal, ou, ao menos, os pegaram no colo. Em alguns casos, o canguru foi se consolidar na UCINCa e, muitas vezes, mais de 15 dias após o nascimento do RNBP, dificultando, assim, a formação do vínculo e a adesão das mães ao contato pele a pele.

O bebê necessita de uma relação afetiva, estável e segura. Essa relação é proporcionada pelos pais, mesmo o bebê estando na UTIN. A PC deve ser iniciada o mais cedo possível, pois proporciona a formação dos laços afetivos entre os pais e os filhos, diminui o estresse do RNPT e faz com que os pais se sintam mais confiantes (BRASIL, 2014).

No depoimento abaixo, a mãe declara que não pode realizar o contato pele a pele com os filhos nas unidades de terapia intensiva. Na UCINCo ela o fez, porém com restrição:

> Nem na UTI e nem no CTI. Fui pegar só no canguru e só depois de três dias que eu estava na UIN é que me deixaram pegar. Com isso eles já tinham duas semanas de nascido, estavam com duas semanas e meia de nascidos. E ainda pegava assim: quando pegava, já tinha que devolver. Eu fui pegar, pegar mesmo, lá no canguru, só lá que eles deixaram, que eu fui ter liberdade de pegar. Por isso é que eu falo que lá é melhor, porque lá você pega e você cuida do seu bebê; lá não tem ninguém assim: ah, você não pode pegar; ah, você não pode não sei o que; lá na UIN eles falaram pra mim; você pega uma vez por dia. Quem vai se contentar em pegar uma vez por dia? Tá ali do lado pra fazer o quê? Só uma vez por dia? (NEIDE)

Segundo Gianini (2015), o foco do MC deve ser a UTIN. Se essa etapa estiver bem fixada e os profissionais confiantes, as demais etapas irão fluir com mais leveza. Além disso, a implantação do MC na UTIN é fundamental para a prevenção de danos aos RN graves.

No discurso a seguir a mãe ressalta que fez o contato pele a pele na UCINCo, mas por um pequeno período de tempo, pois logo teve que devolvê-lo para a incubadora:

> Na UIN, a gente não fica o tempo todo colado neles. No Canguru, a gente já pode fazer tudo com eles, com eles no colo, amarrado na gente. Lá não, não fazia nada disso. Fazia canguru com ele, mas não muito tempo, porque logo já tinha que voltar para incubadora, era aquela burocracia toda. [...] Na UIN a gente tem que descer pra comer, aí eles ficam chorando. Tem que desgrudar deles, aí não é muito bom não. (ALANA)

A assistência de saúde prestada ao bebê e à sua família deve priorizar o apoio às necessidades dos pais e estabelecer o vínculo afetivo entre pais e filhos, pois isso torna mais eficaz os cuidados prestados à criança (CAMARGO et al., 2004).

A mesma mãe relata, também, que teve dificuldades na primeira etapa do MC para pegar o filho no colo e que faltava incentivo da equipe de saúde:

> Na UTI era difícil da gente pegar ele porque sempre uma jogava pra outra, que jogava pra outra, nunca queria dar ele. Eu ia embora de lá chorando porque eu não tinha pegado ele. Eu descia mais cedo, de onde eu estava internada pra pegar ele. Só teve uma enfermeira que foi legal; sempre que eu chegava, ela perguntava se eu queria pegar ele. Na parte da tarde era mais difícil, na parte da tarde eu já sabia que elas não queriam me dar, então eu nem insistia. Elas falavam assim: Tem que ver a menina que está cuidando dele; a gente esperava essa menina que estava cuidando dele e ela nunca chegava. A gente voltava lá pra cima, a gente vinha à noite, ficava um pouquinho ali à noite com ele e já voltava. Mas, na parte da manhã, a que cuidou dele foi bem mais atenciosa, porque não precisava ir lá e perguntar se eu podia pegar ele ou não. (ALANA)

As mães conhecem as vantagens do MC, mas, para elas, a principal é a possibilidade de acesso ao seu filho, já que anteriormente, na UTI neonatal, o contato com o seu bebê era limitado (CAMPOS; CABRAL, 2002).

A mãe revela que não conhecia o MC até a transferência das filhas para a UCINCa, experiência que oportunizou a ela momentos de aprendizado que não foram proporcionados na primeira etapa do MC:

> Na UIN, nem uma vez, porque lá elas ficavam mais na sonda. E eu também não tinha o conhecimento, não sabia que tinha o Método Canguru. Depois que eu fui pra lá que eu fui descobrir o que era, a explicação, o ensinamento, o que era o Método Canguru, pra que servia, quais eram as vantagens do bebê e da mãe, aí eu fui apreender lá, o que era o Método. Daí, eu achei bom ter ido, senão eu ia embora e não ia aprender nem 20% de como agir com elas [...]. (ISADORA)

Segundo Flacking et al. (2013), as mães cujos filhos foram atendidos em uma UTIN e que puderam participar dos cuidados com o RNBP apresentaram níveis significativamente menores de estresse em comparação com as mães cujos filhos foram atendidos em UTIN e que não puderam participar dos cuidados prestado a ele.

Os pais não precisam ir para a UCINCa para conhecer o contato pele a pele, que pode ser realizado nas UTIs e na UCINCo.

Na fala a seguir, o pai relata a sua dificuldade em cuidar das filhas na UCINCo por não conhecer o MC:

> Passei muita dificuldade com as crianças na UIN porque lá não tinha o canguru. Dificuldade por eu não conhecer o Método Canguru; depois que eu conheci foi totalmente diferente. Foi uma realização na nossa vida. Porque você ter duas crianças chorando no seu ouvido, e você sem saber o que fazer, é muito difícil e você pega no colo, fica balançando pra lá e pra cá e ela continuava chorando. E

> quando você acalma uma, a outra começa a chorar também. Agora quando você coloca e vê que ela está se sentindo confortável, que ela vai dormir bem, pra você é uma realização. Para qualquer pai e qualquer mãe. (DANIEL)

O MC proporciona para os pais a possibilidade de desenvolver habilidades para cuidar do RNBP, isso se deve ao estímulo da equipe de saúde ainda no ambiente hospitalar para que os pais façam os cuidados básicos com o filho (CASATI; OLIVEIRA; PAULA, 2010).

A mãe relata que desconhecia o MC até sua filha ser transferida para a UCINCa e ressalta que, mesmo nessa unidade, realizou o contato pele a pele no último dia de internação:

> Na verdade eu nem sabia o que era Método Canguru até eu ir pra lá. Na verdade não sabia mesmo. Achei que era só pra ficar lá. Que nem falavam: o Canguru é quando você está quase para ir embora. Pra lá é que você vai. Daí, tá, mas só uma técnica falou que era pra fazer. As outras não. A gente não sabia e isso foi no último dia. Por isso que foi só um dia. (LAURA)

O contato pele a pele deve ser estimulado o quanto antes, auxiliando na formação de vínculo entre a mãe e o filho; ele deve ser crescente e gradual, evoluindo até a posição canguru propriamente dita (CASATI; OLIVEIRA; PAULA, 2010).

No entendimento da mãe, a ida para o MC foi uma forma humanizada de unir a família, devido à sua paraplegia, sem haver a necessidade de se realizar o contato pele a pele:

> Ninguém me explicou nada do que era o Método Canguru. É porque já foi assim: a doutora ficou me segurando lá em cima porque na UIN era ruim. Não sabiam se eu e o meu marido podíamos ficar juntos, creio que foi o modo que arrumaram de todos nós ficarmos juntos e não tinha indicação de ir para o Método Canguru. (LAURA)

São inúmeros os benefícios proporcionados ao bebê e à sua família pelo MC, dentre eles está a oportunidade de promover a essa família em sofrimento devido à hospitalização uma experiência única, de formação de laços que é o contato pele a pele (SOUZA et al., 2012).

Observa-se, por meio da fala a seguir, a falta de incentivo da equipe de saúde na realização do contato pele a pele:

> Você pode ir lá agora e não tem ninguém no canguru, ninguém incentiva. Ninguém fala nada. Se você quiser, você coloca, se você não quiser, você não coloca. Ninguém fala: olha, vamos pôr um pouquinho no canguru, mãezinha? Ninguém fala nada, não, nenhum deles. Só teve uma moça que ficava: vamos pegar o nenê, mãezinha? Aí eu pegava ele, ela falava: Vamos passar o leite com ele no colo? E eu, doida pra pôr ele no carrinho, porque eu não queria ficar com ele no colo, porque não estava bem. Mas as outras não. As outras iam lá, passavam a dieta, se eu quisesse passar no colo, bem. Se não, eles não passavam e não falavam tipo: vamos pôr no canguru, nem nada. (ALANA)

A equipe de enfermagem é responsável pela conexão da família com o bebê pré-termo, e, às vezes, a insegurança dos pais inibe a realização dos cuidados com os bebês. Assim, o enfermeiro deve estimular a participação dos pais, a fim de diminuir os seus sentimentos

negativos e fazer com que colaborem com a assistência prestada ao RNBP (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014).

Eleutério et al. (2008) evidenciam a importância da orientação e conscientização das mães sobre o seu papel na recuperação do filho, pois cabe a essas mães atuarem também nos cuidados prestados a esses bebês. São imprescindíveis mudanças no olhar e na postura da equipe de saúde, assim como do enfermeiro que lida com quem cuida e com quem é cuidado.

A fala a seguir denota a falta de orientação dada à mãe pela equipe de saúde sobre a importância de tocar o filho e a necessidade de se realizar o contato pele a pele, independentemente do setor. A mãe verbaliza que, na sua concepção, na UCINCo não se tem condições e nem permissão de tocar e acalentar o filho, mas ela consegue perceber que o bebê sofre com esse distanciamento:

> Pra mim [...] lá na UIN, eles têm que passar mais tempo lá no bercinho, como se depois, quando vai pro Canguru é um modo de aproximar mais o bebê com a mãe, porque, quando estava na UIN, não tem como. Às vezes, não tem como pegar a criança, quando ela está com o acesso, sonda [...] não tem como ficar pegando muito o bebê e eu acho que eles sentem falta disso. (LAURA)

O estudo realizado por Johnson (2007) com 18 mães de bebês prematuros que realizaram o MC mostra que essas mães se sentiram isoladas pelo fato dos filhos estarem hospitalizados na UTIN. No entanto a oportunidade de realizar o contato pele a pele no ambiente de cuidados intensivos favoreceu o apego e essas mulheres se sentiram importantes por proporcionarem um cuidado melhor aos filhos.

No discurso a seguir, o pai fala sobre o desejo de colocar as filhas e realizar a PC, após ver a esposa fazê-lo. Porém, foi dito a ele que no período noturno a realização da PC não seria possível.

> Fazia um tempinho que elas já estavam lá. Aí, fez a primeira vez o canguru com a Clara, depois eu falei que eu queria fazer. Daí, fui e falei com a enfermeira. A enfermeira falou que eu tinha que vir cedo, que não poderia ser à noite. Aí eu larguei o serviço pra vir pegar uma delas, foi quando eu peguei essa daqui no colo, amarraram ela e deixaram ela lá comigo no colo. Ali eu fui um pai bobo, comecei a chorar, ai, não parava de chorar. Porque pra mim era uma alegria. (LUIZ)

Os pais consideram o período de hospitalização de seus filhos prematuros como sendo um dos momentos mais difíceis de sua vida, pois, além das dificuldades vividas nesse novo ambiente, convivem com as dúvidas sobre o futuro do seu filho pré-termo, sentimentos parecidos com os vividos pelas mães (SANTOS et al., 2012).

O processo de trabalho é o cerne da questão, o foco deve recair nas pessoas e não na estrutura física. Devem-se ter capacitações, treinamentos e rodas de conversa para a equipe de

saúde. O MC não é para se acreditar como um dogma, é para se estudar, pois ele é uma ciência que cada vez mais mostra seus benefícios (GIANINI, 2015).

No presente estudo os pais foram inseridos nos cuidados com o filho prematuro e as queixas apresentadas por eles se referem a pouca ajuda recebida dos profissionais de enfermagem:

> Ali tinha ajuda das enfermeiras, mas era muito pouca. Era assim, a de fazer muito o canguru e ficar mais junto, da amamentação, da troca de fralda, do leite, até a gente mesmo dava. Lá eram mais as mães que faziam, porque ele não tinha mais aquilo de aparelho nele, que as enfermeiras tinham que ficar em cima mesmo. Era mais a mãe. Só tinha uma enfermeira, e ela quase não ficava muito. Era mais a gente só, mãe e filho, bem, enfim. (MIRELA)

> Chegou a um ponto em que a gente era que tinha que anotar em um papel o horário do peso das fraldas. Todo mundo ficava anotando, ficava pegando uma prancheta, colocava um papel lá e anotava os horários das fraldas, porque as enfermeiras não ficavam lá. (VANUZA)

A mãe se torna corresponsável pelos cuidados com o filho na unidade neonatal, porém, em um determinado momento, ela começa a achar que é a responsável por esses cuidados e passa a perceber que ninguém da equipe de saúde pergunta, observa ou corrige. Subentende-se, erroneamente, que ela já sabe e não tem mais dúvidas (MOLINA; MARCON, 2009).

É necessário compreensão da equipe de enfermagem que atua na unidade neonatal acerca da participação dos pais e do preparo para a alta domiciliar, para que não sejam atribuídas a eles responsabilidades inerentes ao serviço de enfermagem.

Relações conflituosas dos pais com a equipe de saúde

O profissional de enfermagem se mostra tem insatisfeito em trabalhar no local em que foi escalado:

> [...] O que me magoou muito foi o fato das profissionais falarem que não gostavam do Método Canguru. Eu não sei se elas têm direito de escolher onde trabalhar ou não. Mas quem faz enfermagem eu acho que tem que estar preparado para tudo. Uma falou: eu prefiro trabalhar no CTI a vir pra cá. Falar isso na cara de uma mãe? Eu achei isso um absurdo! (VANUZA)

> A gente está em um momento sensível, nossos filhos estão ali, a gente está fora da nossa casa e a pessoa olhar para a nossa cara e falar assim: eu não gosto de vir aqui. Então, não venha! Eu penso assim: então não venha! Ninguém te obrigou, você que quis vir pra cá, foi você que quis esse emprego [...] porque eu não posso chegar lá no meu emprego e falar: eu não gosto de trabalhar aqui. Pede as contas, está trabalhando aqui por quê? Você não é obrigada. Então, assim, pras mães, é desagradável ouvir isso. Mas como é agradável outra chegar e falar assim: eu adoro vir aqui, eu adoro as mãezinhas do canguru, eu adoro as crianças do canguru, sou apaixonada pelas minhas crianças. Como é bom ouvir isso! (ISADORA)

A equipe de saúde, segundo Costa e Monticelli (2006), conhecem as etapas do MC e conseguem ver seus benefícios para a família e para o RN, no entanto as mudanças de paradigmas não ocorrerem no dia a dia. Desse modo, percebem-se dificuldades nos processos de mudanças nos serviços de saúde; e, para que haja mudança, tem que haver esforços dos envolvidos. Em relação ao MC, há uma resistência e desinteresse de alguns profissionais por não lhe atribuírem importância, tornando a prática de assistência pouco reflexiva.

Na seguinte fala, a mãe explica que teve dificuldades em realizar os cuidados com a filha e que essas atribuições, sem a supervisão do profissional, a deixaram insegura:

> Raras exceções me ajudavam, assim [...] não sei se é a equipe de enfermagem [...] não tinha aquele lado humano de querer ajudar a mãe. Não tem. Então a mãe é totalmente dedicada à filha, elas só falam assim: pode tirar [...] até colocar o sensor no pé [...] que é uma coisa assim, que, para a maioria das mães que estão ali, é complicado, porque a gente não sabe como é a funcionalidade do equipamento. O medo, a insegurança que dá [...] Então, assim, eu achei muito...como que eu posso usar assim [...] eu achei fria a equipe de enfermagem que fica lá na UIN. Ela é mais técnica do que humana. (VANUZA)

A mãe se sentiu acolhida por alguns profissionais médicos, mas ressaltou que esse acolhimento não foi unânime:

> A coisa boa: eu gostei muito da equipe de médicos que estavam lá, a doutora Rebeca, a doutora Daiane também, doutora Danielle são bem humanas, assim no trato, sabe, com a mãe, se você precisava de uma resposta. O contrário eu posso falar do doutor Felipe, ele é extremamente frio, não tem aquele cuidado de falar com a mãe, ele não tem esse cuidado, enfim. [...]. (VANUZA)

Para que a experiência de hospitalização do filho seja menos traumática para os pais, é necessário que os profissionais de saúde atendam às necessidades e solicitações dos pais o quanto antes. Assim, eles se sentirão acolhidos, compreendidos e valorizados (CAMARGO et al., 2004).

Emergiu na fala da mãe a questão da ausência do profissional de enfermagem durante as intercorrências com as crianças internadas na UCINCa:

> O que mais me marcou foi as técnicas de enfermagem, aquela parte de não ter aquele cuidado. Eu não sei pra onde elas vão o tempo todo, por que saem tanto dali. A gente fica muito insegura em relação a isso, porque a gente não sabe a reação que uma criança vai ter. Como aconteceu com a minha, então, assim, minha mãe estava comigo no dia em que ela passou mal, e aí, quem socorreu? Ninguém, ninguém socorreu. Enfim, o profissional não passa segurança para a mãe. Tem um negócio ali para salvar vidas, mas, o que adianta se tiver sozinha, como aconteceu com os bebês da Clara. Estavam com o oxímetro lá dentro, mas do que adianta colocar um oxímetro sendo que o profissional não está lá? Para o pai da criança ter que sair correndo, desesperado. Você consegue entender essa falta de cuidados? Eu não sei, foi triste! (VANUZA)

Gianini (2015), ao analisar o perfil dos profissionais de saúde que trabalham nas unidades de saúde do estado do Rio de Janeiro, verificou que os novos profissionais de saúde possuem um perfil diferenciado e que a empatia não é mais um pré-requisito como fora outrora. Além disso, percebeu que as equipes de saúde mais antigas também modificaram o seu perfil tornando-se cansadas e desmotivadas.

É necessário incentivar a equipe e valorizar o profissional, que, ao se sentir cuidado, respeitado e motivado, pode estabelecer relações interpessoais mais significativas e saudáveis com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional (CARTAXO et al., 2014).

Segundo Souza e Ferreira (2010), a equipe de saúde cria estratégias para atender aos bebês e aos seus familiares mesmo com dificuldades de materiais e recursos humanos, sendo esse déficit ainda maior entre os profissionais de enfermagem, o que interfere na qualidade do atendimento prestado e provoca sobrecarga de trabalho nos demais. Os autores enfatizam a necessidade urgente de a alta gestão olhar para a qualidade da assistência neonatal prestada, e se as condições de trabalho oferecidas permitem que os servidores cumpram as metas instituídas.

As funcionárias desta unidade neonatal que trabalham no período noturno saem da unidade para jantar no refeitório. A mãe refere que a falta de uma escala adequada de serviço atrapalha a assistência de enfermagem prestada ao recém-nascido:

> A janta da profissional é às oito horas, e elas saem e largam a criança lá. É bem na hora do mamá das oito; elas descem justamente no horário da mamada, e fica assim, eu não sei se você sabe, fica um atrás da outra: vamos descer, vamos descer, está na hora da janta, vai acabar a janta. É uma chamando a outra para descer. E atrasava assim de 30 a 40 minutos o mamá da criança. Ela descia e toda noite era a mesma coisa. Aí você vai falar e elas acham que estão no direito delas. E aí, é direito ou não é? Eu não sei, também, tem direito a jantar? Não sei te falar, talvez você possa me falar se é um direito delas ou não. (VANUZA)

Segundo o estudo realizado por Blomqvist et al. (2012) com sete pais, observou-se que a experiência do pai na prestação dos cuidados com os filhos foi prazerosa e se sentiram como responsáveis pela evolução clínica do filho. Dentre os pontos negativos levantados por eles está o plantão noturno devido ao déficit na assistência e pelo alto nível de estresse dos profissionais.

Emergiu também nas falas das mães o problema da passagem de plantão e a ausência do profissional de enfermagem na troca de plantão:

> Outra dificuldade: a minha filha passando mal também [...] que, pra mim, era plantão ainda e a Andressa não estava lá. Eu anotei o peso da fralda do dia e o horário (18h18min). Era plantão dela ou já tinha acabado? Então, eu não sabia, ela fala que o plantão dela já tinha acabado. Minha mãe entrou, não tinha ninguém, foi a minha mãe que me ajudou quando a minha criança passou mal. (VANUZA)

> Quando eu fui para o canguru, a gente só teve um problema ali: foi na troca de plantão que a bebê da colega engasgou, que ela conseguiu desengasgar ela e a gente estava naquele momento estava sem ninguém [...] foi o único momento, assim, que teve um problema x ali. (ISADORA)

Os pais relataram como ponto negativo que muitas informações eram conflitantes entre os turnos de trabalho; a passagem de plantão era deficiente, pois os próprios pais tinham que comunicar as decisões tomadas em relação aos cuidados com os bebês para a equipe do próximo turno (BLOMQVIST et al., 2012).

A mãe sentiu que, quando a filha foi para a UCINCa, ela ficou desassistida:

> [...] Se eu soubesse que minha criança ia ficar pouco assistida lá, eu preferiria que ela ficasse na UTI intermediária, porque dá uma falsa sensação de que ela vai estar ainda com aqueles cuidados, com monitoramento. É uma falsa ilusão; que é mais confortável pra mãe, é. Dois episódios que entraram pessoas lá dentro e a gente não sabia quem era, a pessoa chega a cada berço e tenta saber, pergunta quem que é, e a pessoa sai correndo, não se identifica. Falta um cuidado porque aquele profissional tem que estar lá 24 horas. (VANUZA)

O estudo realizado por Blomqvist e Nyqvist (2010) tinha o objetivo de caracterizar as primeiras crianças que receberam a assistência baseada no MC desde o nascimento até a alta em uma UTIN sueca e de investigar as experiências das mães com esse modelo de atendimento. Participaram 23 mães e foi concluído que as avaliações foram predominantemente positivas. Já os comentários negativos referiam-se à falta de informação sobre a aplicação prática do método, e algumas mães reconheceram o cuidado dos seus bebês durante a noite como exaustivo.

Souza et al. (2014), em pesquisa feita em uma maternidade de Montes Claros - MG com os profissionais de enfermagem, perceberam que o cuidado prestado à criança e sua família não foi assimilado por todos. Mas a equipe de enfermagem compreende o MC como uma busca pela melhoria do cuidado prestado ao RNBP e como uma forma de estimular os laços entre mãe e filho, auxiliando na recuperação do neonato quanto ao ganho de peso, aleitamento materno e estabilização dos sinais vitais.

O profissional de enfermagem faz um rodízio semanal entre a UTIN, UCINCo e UCINCa, sobre o qual esta mãe comenta:

> Tinha que fazer uma triagem bem legal para ver quem de fato vai ficar lá. Não só fazer aquela rotatividade que eu vi; eu acho muito técnica a rotatividade. Em minha opinião, não funciona. O canguru deveria ser uma sugestão, é ter um perfil de profissionais voltados para essa área que fosse mais humana e menos técnica. É lógico que a técnica é necessária, mas, ali na unidade canguru, ela tem que ser mais humanizada do que técnica, porque é a mãe que cuida do bebê. E quem dá o suporte para a mãe? Não tem. Isso precisa ser melhorado. A equipe de enfermagem, como eu falei, tem umas profissionais que realmente estão ali porque o lado humano é legal, mas tem outras que não deveriam nem passar na frente. Principalmente aquelas que falam assim: eu não gosto do canguru. Pelo menos elas deixam claro

> que elas não gostam. Rever essa parte do rodízio [...] , tem que ser revisto. Parece que estão ali só para tampar um buraco. Só, enfim, acho que tem que melhorar isso. (ISADORA)

Os resultados do estudo realizado por Cruz et al. (2010), na cidade de Fortaleza – CE, com a participação de onze mães indicam a importância do profissional da saúde resgatar os valores humanísticos no atendimento ao recém-nascido prematuro e à sua família.

Outro ponto negativo verificado pelas entrevistas foi a experiência da mãe com a equipe de enfermagem e o controle da temperatura da incubadora:

> Um dia em que eu estava no canguru na parte da noite, como a temperatura dele abaixou bastante, eles trouxeram a incubadora para o canguru. Até amanhecer o dia, quando eu acordei, ele estava vermelhinho. Na incubadora estava 39° C, eu relei nele e ele estava super quente. Eu perguntei: essa temperatura é normal? Ele está com essa temperatura? Quando ela olhou, a temperatura dele estava 38 graus. Isso, com ela do lado! Ela desligou a incubadora. Depois desse dia eu nunca mais consegui dormir direito, eu ficava toda hora olhando na incubadora, toda hora olhando pra ver a temperatura. Você não dorme mais direito. (ALANA)

No estudo realizado por Freire et al. (2014), é recomendada a continuidade das capacitações em 37,5% dos artigos analisados e enfatizada a importância da participação dos gestores que, segundo eles, são os responsáveis pelas tomadas de decisões e não conhecem os benefícios proporcionado por essa metodologia. As capacitações devem ser rotineiras e de temas amplos, por exemplo, o manuseio da incubadora.

Verificou-se, no estudo realizado por Veras e Traverso-Yépez (2011), a prevalência de profissionais da área da saúde que não possuíam habilidades ou não foram capacitados para dar suporte aos pais e bebês hospitalizados. A equipe de saúde conhecia os conceitos da atenção humanizada e da importância da formação de vínculo no MC, porém os profissionais não incorporaram esses conceitos em sua prática diária.

Nas observações diárias, percebe-se que não foram realizadas capacitações para a equipe multiprofissional referente ao MC.

A mãe reforça a necessidade de as profissionais de enfermagem que ficam na UCINCa terem perfil para o setor, fazerem capacitação para o MC e gostarem de trabalhar com a mãe e a criança:

> O que falta é as pessoas nos outros horários que sejam fixas, pessoas que realmente sejam fixas ali para ajudarem as mães. Não sei como é a política do hospital [...] mas eu acho que ali seria o ideal ter só pessoas capacitadas, que tenham feito o curso pra estar ali, do Método Canguru. (VANUZA)

Para que a equipe de enfermagem consiga envolver o bebê e a sua família na assistência de enfermagem prestada, é indispensável a capacitação para o aprimoramento desses profissionais (FRELLO; CARRARO, 2012).

Na fala a seguir percebe-se o descontentamento da mãe sobre a realização de horas extras na UCINCa de profissionais de enfermagem de outros setores:

O descontentamento da mãe quanto à realização de horas extras de profissionais de enfermagem de outros setores na UCINCa é demonstrada por este depoimento:

> Eu acho que [...] ou fica uma pessoa fixa, porque os extras da tarde e da noite [...] muito complexo. Tem pessoas que vão ali e não sabem o que é o Método Canguru, o que é uma lactação, porque está fazendo extra , está vindo ali pra cumprir o horário, mas não sabe o que é o método. Então eu acho que tinha só que rever essa parte dos extras, porque as crianças vão pra lá quando estão mais estáveis, mas não é por isso que elas não correm risco de alguma coisa. Então, assim, falta ali, não sei, uma pessoa disposta a apreender e aplicar ali [...] uma de manhã, uma de tarde e uma à noite. Ou treina todas pro Método Canguru. (ISADORA)

Percebe-se que as mães valorizam o consenso entre as equipes em relação às rotinas sobre os cuidados com os bebês. Na fala a seguir, a mãe relata que havia profissionais que deixavam a visita pegar o bebê nos braços enquanto outras não o autorizavam:

> Tinha enfermeiro que falava que o acompanhante podia pegar o bebê, e tinha uns que falavam que o acompanhante não podia pegar o neném. Então, o que o acompanhante vai fazer ali se ele não pode pegar o neném? Ficar olhando para a minha cara? Então tem que entrar em um acordo entre elas, o que pode e o que não pode. Aí tem um folheto do que pode e o que não pode, mas o folheto diz uma coisa e os enfermeiros dizem outra. Então é onde tem que ter um acordo, o que pode e o que não pode. (ISADORA)

No Hospital Geral de Itapecerica da Serra, os avós contam com horários de visitas na UTIN de aproximadamente quatro horas, ao passo que, na UCINCa, a visita é livre, inclusive para irmãos e parentes (CINTRA et al., 2015).

A mãe não consegue compreender a diferença, se é que há, entre a utilização do celular por ela e pela equipe. Ela acredita que questões com essa devem estipuladas e esclarecidas em rotinas próprias para que haja consenso entre os procedimentos. A importância do exemplo da equipe de saúde para as mães é observada na fala a seguir:

> [...] Porque não pode mexer no celular e mexer com as crianças, certo? Mas tinha enfermeira que falava: espera aí que eu vou atender ao telefone. (ISADORA)

O discurso a seguir se refere à atuação do pediatra no momento do nascimento do filho prematuro:

> [...] Ele olhou para mim e disse assim: Você tem só seis consultas de pré-natal? Os guris são de sete meses. Não deu tempo de ir pra outra consulta. Diz ele que tinha que ter mais consultas. Sendo que seis estava certo. Eu ia à próxima consulta de sete meses, só que não deu tempo, eles nasceram! E ele falou: você tinha que ter feito mais, que não sei o quê. que você é uma mãe irresponsável. Eu fiquei quieta. Nossa, eu fiquei com muita raiva do pediatra na verdade por ter falado tudo aquilo. (NEIDE)

O MC se inicia no pré-natal de alto risco e no parto. Para as mulheres com risco de terem RNBP devem ser oferecidas informações e de forma humanizada. A atenção e o apoio emocional dado aos pais durante o nascimento do filho influência positivamente as interações entre eles (BRASIL, 2014).

A visita dos irmãos acompanhada pela psicóloga, que acontece uma vez por semana, é restrita para os irmãos do bebê. A fala a seguir denota o descontentamento da avó, que tem a guarda da neta, por não a deixarem visitar a bebê hospitalizada:

> A minha neta queria ver a Vivian, mas a psicóloga falou que não podia, que a visita era mais filho e não dá por que aí tem que pedir autorização eu não sei pra quem, passar não sabe pra quem. Eu falei: não, então tá bom. A psicóloga perguntou: por que ela não vem ali embaixo? Eu falei: não, ela vem ali embaixo, mas ela queria ver o bebê, queria conhecer. Eu desço lá, meu marido vem, traz ela e a gente desce e ficava com ela lá. Eu falei pra ela: quando eu for embora você conhece a Vivian. Quando eu tive alta terça-feira ela estava lá esperando para conhecer a Vivian [...]. (LURDES)

A dificuldade mencionada acima pela mãe, de liberação do acesso de crianças à unidade neonatal que não são diretamente irmãos dos bebês hospitalizados, é realidade–no local onde foi realizado o estudo.

No âmbito nacional há lacunas relacionadas em todos os centros de referência do MC estudados como: a visita dos irmãos na unidade neonatal, o uso da PC na UTIN e a ausência da busca ativa dos bebês que não retornam às consultas da terceira etapa (CARDOSO et al., 2015).

Outro ponto negativo levantado nos relatos sobre a equipe de saúde se refere à não continuidade dos procedimentos:

> A massagem dele com a terapeuta foi boa, tanto que eu queria que ela tivesse voltado. Só que toda vez que ela voltava, eu estava ocupada, estava com psicólogo ou estava dando banho nele, eu dizia para ela voltar, mas ela tinha sempre alguma coisa pra fazer, aí não voltava. (ALANA)

A política pública para os bebês prematuros e/ou baixo peso foi idealizada para que o cuidado prestado fosse multidisciplinar, integral e humanizado. No entanto a equipe de saúde não recebeu essa formação e a sua prática não mudou esse paradigma, refletindo na assistência às crianças e seus familiares (KLOSSOSWSKI et al., 2016).

As mães assim relatam o obstáculo que tiveram para a realização da visita ao filho:

> Ele foi pegar a cadeira de roda com o pessoal lá em cima, as pessoas falaram pra ele que eu tinha que andar, que eu tinha que largar de moleza. Depois desse dia eu fiquei com raiva, eu falei: beleza, dia que eu aguentar ir lá embaixo ver o nenê, eu vou; o dia que eu não aguentar, eu não vou. (ALANA)

> Quando eu fui vê-los, o meu esposo foi ver a cadeira de rodas, elas falaram pra ele assim: Ela tem perna, ela está boa ela pode descer. Ele perguntou: você quer ir? Eu

> falei: é lógico que eu quero ver os meus filhos, não tinha visto eles ainda. Eu fui. Eu fui andando, subi no elevador, desci e depois tive que pegar a escada porque o elevador travou, tive que subir de escada do primeiro, do segundo até o quinto. Quando foi à noite, começou a sangrar a minha cirurgia. No outro dia, eu não fui ver eles, não tinha cadeira de roda, não queria correr o risco de novo, só o meu esposo que desceu e viu eles e me falou como eles estavam. O meu esposo e a minha mãe. Porque tinha cadeira de roda lá no corredor, nós passamos e a gente viu três cadeiras de rodas. E elas não deixaram pegar nenhuma, tem aquele corredor lá da UTI NEO, tem o corredor do CTI Pediátrico, também, que é longo e eu andei tudo aquilo. (NEIDE)

Para minimizar o sofrimento da mãe e a criação de vínculo entre mãe e filho, deve-se incentivar o contato dessas mulheres com seus bebês nas unidades neonatais (KRIEGER et al., 2014). Esse incentivo deve abranger todos os setores do complexo materno infantil.

Percebe-se o descontentamento dos pais ao longo de toda a descrição do subtema e essas falhas no processo de trabalho interferem na adesão deles ao MC. Algumas falhas são simples e fáceis de solucionar. É evidente que o foco deve recair sobre a capacitação da equipe com ênfase na motivação pessoal.

A vivência da internação do filho e os sentimentos

Os pais entrevistados lidavam com a experiência de o filho nascer precocemente e com a necessidade de se adaptar ao ambiente hospitalar. Os trechos das entrevistas a seguir expressam essa interrupção da gestação, as dificuldades vivenciadas e o desgaste provocado no cuidador:

> No começo, me atrapalhei bastante, foi meio complicado, mas agora já me adaptei. Toda hora eu pego uma delas no colo e fico com elas, porque o motivo maior é sair daqui logo. Não é por não gostar do hospital, mas é um cansaço; não dá para ficar só aqui dentro. (LUIZ)

> Nem força eu achei que ia ter. Tinha hora que dava vontade de desistir. Mas eu consegui. [...] Não tem nada fácil. É complicado. Só que depois a gente aprende várias coisas. Hoje eu posso olhar [...] e falar que eu consegui. Que hoje eu estou com as minhas filhas. Estou com a minha família, e é o que vale. (MICHELE)

A hospitalização do filho, a rotina entre a casa e o hospital, desgasta os pais, traz sentimentos de tristeza e insegurança, e, para os pais, o cuidado com o RNBP torna-se prioridade para a mãe em relação aos demais filhos (ANTUNES et al., 2014).

No decorrer deste estudo, pelo fato de ter ocorrido um problema de infraestrutura na UTIN, a UCINCo ficou com pacientes de cuidados intensivos: recém-nascidos com risco iminente de morte e frágeis. Na fala a seguir percebe-se a dificuldade da mãe em lidar com o óbito e com as patologias que acometem os recém-nascidos nessa unidade:

> Ali na UIN onde eu fiquei tinha um bebê sem estômago, outro que faleceu. Então você vê chegando um monte de problema, aquilo foi ruim, a gente acaba de ter neném, a gente fica muito sensível e eu sou muito emotiva. Então eu vivia chorando, isso já me prejudicava no leite, na criança. O emocional da gente fica muito abalado por estar ali, perto dos dois. Teve uma junção dos dois, daí eu fiquei próxima do CTI, o CTI e ali eu vi muita coisa ruim. Qualquer coisinha você quer chorar, saía chorando nos corredores duas horas da manhã. Não dava para dormir, um monte de bebê chorando, e as enfermeiras passando e correria. E você sem dormir, você fica estressada. (CATARINA)

Em um estudo realizado com nove enfermeiros por Almeida, Moraes e Cunha (2016) em um hospital privado de São Paulo sobre as experiências vivenciadas pelos enfermeiros ao cuidar de neonatos que estão morrendo, percebeu-se um misto de impotência e alívio. Os enfermeiros de sentiam impotentes por não conseguirem evitar a morte do neonato, e aliviados ao entender que esse desfecho põe fim ao sofrimento.

Se a equipe de enfermagem, que teoricamente recebeu um preparo para lidar com essas situações, se sente impotente, com os pais não tinha como ser diferente. Segundo Fernandes e Silva (2015), é marcante o impacto que as características físicas do RNBP e o ambiente da unidade neonatal provocam nos pais que não estavam preparados para confrontar-se com essa realidade.

Nesta pesquisa, acentua-se o estresse provocado pelo desejo de ir embora para casa:

> Eu gostei bastante, fora o estresse que a gente tem, mas isso é normal, que é natural a gente ter isso, quer vir embora pra nossa casa, tal. (ISADORA)

A hospitalização é vivenciada pela mãe como um período de exclusão de sua vida familiar e social, pois, enquanto os demais familiares retomam sua rotina, a mãe do RNPT permanece na UTI Neonatal (MARSON, 2008).

Porém, emergiu na fala de uma das mães a vontade de retornar para a UCINCa após a alta hospitalar:

> Depois que eu saí eu falei: eu podia ter ficado um dia a mais, ou dois dias a mais, mas que você está lá dentro, é que nem eu no caso eu estava lá há uns 15 dias, você quer sair, você quer vir embora, você quer ir pra casa, estava doida pra trazer o nenezinho pra casa. Então eu já estava em tempo de ficar doida. (ROSA)

Para os pais, a alta hospitalar é um momento muito esperado: o filho está melhor clinicamente e apto para ir para casa. No entanto essa ocasião pode gerar estresse, ansiedade e insegurança; os pais se sentem incapazes de cuidar do filho no domicílio sem o auxílio da equipe de saúde, tornando esse período um pouco conturbado, oscilando entre sentimentos bons e ruins (DORNASBACH et al., 2014).

O cansaço da mãe provocado pelos meses de hospitalização compromete o vínculo entre mãe e filho, conforme os discursos a seguir:

> Na outra vez do banho de sol, eu o entreguei pra menina. Estava faltando ar, que ele estava muito colado em mim e não sei o que estava acontecendo comigo. Foi tipo quando a gente começa a desprezar o bebê da gente, estava acontecendo a mesma coisa, estava meio que desprezando ele. Meu leite começou a secar e eu comecei a ficar nervosa. (ALANA)

Desde a gestação a mãe quer levar o seu filho para a casa, tido por ela como um ambiente acolhedor e conhecido. As mães reconhecem a necessidade do acompanhamento pela equipe de saúde e da hospitalização do filho, porém, mesmo assim, as mães sentem-se hesitantes e apreensivas (LARA; KIND, 2014).

O caso a seguir se refere a um bebê que foi transferido da UTIN para a UCINCA para ganho de peso e autonomia alimentar. Porém ele não conseguiu manter a sua temperatura corporal, sendo transferido para a UCINCo para que ficasse na incubadora. Conforme o bebê foi se desenvolvendo, foi transferido para a UCINCa novamente e, devido a uma outra complicação, teve que retornar para a UCINCo. Essas mudanças de setores e a instabilidade clínica do filho foram desgastantes emocionalmente para a mãe:

> Ele só precisava ganhar peso e amamentar pra gente poder ir pra casa. Depois houve as complicações, foi a temperatura que não estava boa, depois foi a anemia que descobriram, e foi o leite que não estava muito bom, pois não se deu com o estômago dele. A gente teve que ficar nesse vai-e-vem. (ALANA)

Na fala a seguir a mãe relata que se sentiu culpada pelas filhas terem nascido pré-termo:

> Se eu tivesse me cuidado mais, não teria passado por tudo aquilo. Se tivesse guardado repouso como o médico falou, as minhas filhas teriam nascido saudáveis. Nasceram saudáveis, não tiveram problema algum. Mas não ia tá lá. (MICHELE)

Segundo o Estudo de Caso realizado por Fraga e Pedro (2004), com 20 mães de bebês prematuros, em uma unidade neonatal de Porto Alegre, percebe-se estas mães também se sentiram culpadas pelo nascimento do filho pré-termo, principalmente quando estas mães deixaram de fazer algo durante a gestação ou fizeram algo que elas julgaram como errado. Este sentimento se origina da busca pela causa do nascimento do filho pré-termo.

Em um estudo realizado por Schmidt et al., (2012) com nove mães e um pai cujos filhos encontravam-se hospitalizados na UTIN de um hospital de ensino de Maringá - PR, foi constatado que eles se sentiam incapazes de tocar no filho, isso por se acharem culpados pela condição, enfermidade e baixo peso do bebê.

A mãe se sente culpada por não ter conseguido levar a gestação até o final e sente ciúmes da equipe de saúde que é quem realiza os cuidados com o filho (FURLAN; SCOCHI; FURTADO, 2003).

A mãe relata que a hospitalização fez parte do seu destino e que, apesar de todos os dissabores, a experiência foi válida por causa do conhecimento transmitido a ela:

> Mas, se Deus fez isso é porque eu deveria ter passado por isso. Mas por isso foi bom ter ficado lá também. Por uma parte não, e por outra, sim. (MICHELE)

A religiosidade é um suporte para as mães de bebês hospitalizados na UTIN. Essa prática, rejeitada pelos profissionais da saúde, contribui para um cuidado mais humanizado e fortalece os vínculos dos familiares do bebê com a equipe de saúde (VERAS; VIEIRA; MORAIS, 2010).

O medo e a incerteza encontram-se entre os sentimentos gerados nos pais durante a hospitalização do filho:

> Na minha vida, tem sido a pior fase, assim, de insegurança, eu senti em relação aquele medo [...] hoje, a internet informa tudo, como o índice de mortalidade da mãe; a sobrevida de uma criança, quando a mãe tem DHEG Grave, que eles falam que é muito baixa; o período, assim, de nascer bem uma criança. Então foram muito estressantes esses dias, esses 45 dias, mais ou menos, que eu fiquei lá. Não foi agradável, é o medo dela não sobreviver, a incerteza de como seria o meu parto. (VANUZA)

> Eu achei que elas não iam passar do início, eu tive muita fraqueza em pensar isso, mas fui pouco a pouco percebendo que elas a cada dia estavam mais fortes e resistentes. Foi caminhando: da UTI Neonatal foi para a UIN; da UIN veio parar no Canguru. (LUIZ)

O nascimento de um filho prematuro leva a uma reestruturação da família, momento este de angústia, medo e tristeza. A hospitalização do bebê prematuro interfere no processo de vinculação entre a mãe, o pai e o bebê (FERNANDES; SILVA, 2015).

Os pais tinham medo e se sentiam inseguros em realizar os cuidados com o seu filho, como evidenciam as falas a seguir:

> Medo, com muito medo, porque ela era muito pequeninha, dava banho com muito medo e rápido, pra não perder peso. Ela estava tomando banho dia sim dia não, então, assim, eu dava banho nela com medo. Com medo de quebrar algum ossinho ou derrubar na banheira. [...]. (ROSA)

> O primeiro banho foi meio estranho, meio com medo (risos), porque primeiro lava a cabeça, tampa a orelha; depois coloca ele na água, com cueirinho e dá o banho deles bem rápido, porque, no caso dele, tinha que tomar banho bem rápido porque a temperatura dele caía muito. O banho foi no cueiro, pra ele não se assustar. (ALANA)

Em uma pesquisa realizada por Melo et al. (2016) na UTIN de um hospital de referência em saúde materno-infantil localizado no município de Petrolina-PE, ficou demonstrado que as mães sentem-se contagiadas a realizar os cuidados de higiene e conforto aos seus filhos, mas há momentos em que são inibidas pela equipe de saúde do setor.

No estudo realizado por Martins e Oliveira (2010), com mães cujos filhos encontravam-se hospitalizados, percebeu-se que algumas delas não conheciam a importância do envolvimento emocional com o filho durante os cuidados prestados a ele, e que quanto mais se cuida do filho, maior a capacidade de aproximação e amor.

O banho humanizado preconizado no MC é o mais adequado para os RNBP, pois estabelece uma melhor resposta adaptativa ao ambiente, auxilia na organização dos sistemas comportamentais, motores, fisiológicos e contribui para um desenvolvimento mais satisfatório (MEDEIROS; MASCARENHAS, 2010).

A expressão a seguir demonstra a dificuldade dos pais de se aproximarem dos seus filhos hospitalizados na unidade neonatal:

> Eu não sabia que podia pegar ela, porque eu chegava lá e ficava só olhando pela incubadora. Depois que a enfermeira falou: se você quiser pegar nela, pode pegar na mão dela, aí que eu comecei a pegar na mão dela, tinha medo. Depois que eu fui lá um dia e ela perguntou se eu queria pegar ela, falei: quero. Posso pegar? Ela falou: pode! Aí ela explicou que pelo menos depois das mamadas, tinha que ficar com ela um pouco no colo, aí eu falei: eu fico! Estava com sonda, os acessos, aqueles fiozinhos no pé, você fica com medo de sair, é uma veinha fininha. Todo dia que eu vinha não pegava, pegava uma, duas, três vezes na semana. O dia mesmo que ela falou: hoje, você vai tirar ela da incubadora, nossa, eu achei que ia derrubar porque era muito pequeninha. (ROSA)

No estudo realizado por Santos et al. (2012), com nove pais em um hospital público da Bahia, constatou-se que os pais, diante da fragilidade do filho prematuro e do ambiente da UTIN, se sentiram sozinhos, impotentes, tristes, angustiados e com medo.

A mãe do RNPT deve ser bem acolhida pela equipe de saúde e informada do estado clínico do filho, dos equipamentos que estão sendo usados e do ambiente da unidade neonatal (LOPES; SANTOS; CARVALHO, 2010).

A mãe relata o sentimento de dor ao ver o filho na incubadora, e que seu sonho era ter o filho nos braços sem necessidade de tecnologias:

> A única coisa que me doía, assim, era de ver ele dentro da incubadora, eu não via a hora de ver ele fora da incubadora, sem aqueles aparelhos, saber que ele conseguia respirar o mesmo ar que eu conseguia respirar, ele conseguir ficar fora dali e se manter fora. (MIRELA)

A equipe de saúde que troca informações com os familiares das crianças hospitalizadas na UTIN contribui para que haja diminuição da ansiedade e favorece a participação das mães nos cuidados prestados ao filho (MELO et al., 2016).

O discurso a seguir ilustra o medo que a mãe tem de tocar no filho hospitalizado em uma UTI, e a falta de estímulo por parte da equipe de saúde:

> Aquela coisa: tira fio, põe fio, tira fio, põe fio, também já ficava meio assim de pegar por causa do acesso, perder acesso, e depois pra achar, veinha fina já ficava

> com medo, com dó, pegava, ficava meia hora, aí já tinha que devolver eles na incubadora, fazia lá, tirava e já colocava na incubadora de novo. Fui pegar mesmo lá no método canguru. Esta é a realidade: fui pegar mesmo lá. Ali é você e seus bebês só. Nem no CTI Ped, não deixaram pegar, não podia nem triscar neles, nem abrir o negocinho lá da incubadora pra passar a mão, não podia. Até lá na UIN não podia muito, elas reclamavam quando a gente queria passar as mãos nos bebês. (NEIDE)

As mães que participam dos cuidados com os filhos na UTIN perdem o medo de tocar no filho e se sentem seguras, alegres e aprendem a cuidar do filho frágil e pequeno em um ambiente hostil (MOLINA; MARCON, 2009).

A mãe demonstra preocupação, temor e angústia com a tecnologia aplicada na assistência prestada ao filho que se encontra ligado aos aparelhos, com sonda gástrica, infusão venosa, oxímetro de pulso. Essas tecnologias fazem com que ela perceba o bebê como gravemente enfermo e com risco de morte (PRIETO; NEGRÃO; CAVALCANTE, 2007).

O medo de realizar os cuidados com o filho enfermo é ilustrado na fala a seguir:

> As enfermeiras ajudavam. Agora lá na UIN só ensinavam uma vez e depois a gente que tinha que pegar na incubadora. Mas, quando eu não dava conta, eu pedia pra elas me ajudarem e elas me ajudavam. No começo eu tinha medo de tirar elas lá de dentro, aqueles negócios lá no pé, aquela sonda. Depois eu estava até acostumada, eu mesmo tirava, colocava ela aqui na camisola, já colocava, e as enfermeiras colocavam o negócio no pé dela e passava a dieta no colo. Eu já estava prática pra tirar ela lá de dentro da incubadora. Agora, lá no canguru, não, no canguru elas amarravam, a gente aprende lá, a gente vai se virando igual pra fazer a lactação. Também no começo era ruim de fazer, tem que pôr luva, tudinho; aí depois eu já colocava a luva. (LURDES)

No ambiente da UTIN são enfatizados o domínio técnico e os procedimentos. Os profissionais são capacitados para lidar com as urgências e treinados para serem ágeis, o que gera um cuidado fragmentado. (LOPES; SANTOS; CARVALHO, 2010).

A expressão a seguir evidencia o medo das mães de repousar com o filho em posição canguru, pelo risco de sufocamento:

> Durante a noite eu não fazia, é que eu tinha meio que cisma de fazer. Uma vez só que eu fiz, mas assim eu não lembro com que enfermeira que era, mas eu fazia mais durante o dia. Durante o dia, ela ficava o dia inteiro praticamente amarradinha em mim**.** (ROSA)

> [...] Tinha vez que eu dormia com ele amarrado, mas não muito tempo, Porque é perigoso, às vezes eu podia me assustar ou ele se mexer, alguma coisa assim. (ALANA)

Nos primeiros momentos do bebê em contato pele a pele, ele pode não gostar, porém é uma novidade para ele e esse contato deve ser estimulado gradativamente. Na segunda etapa do MC, o tempo para manter o bebê em PC é livre e pelo maior tempo possível. A mãe deve se sentir segura e tranquila com a faixa para que possa andar e até dormir, sabendo que o filho não tem risco de cair (LAMY, 2003).

Percebe-se a dificuldade enfrentada pelas participantes deste estudo que tinham marido e família em outro município e se sentiam sozinhas na unidade neonatal. A mãe expressa a falta que o marido fez durante a hospitalização:

> Porque eu queria meu esposo do meu lado e ele não podia vir, porque ele não tinha lugar pra ficar e quando ele vinha, a gente gastava bastante, porque o ônibus aumentou, táxi, essas coisas, não tinha lugar pra ele ficar, ele veio acho que uma vez só depois que eu recebi alta. Foi uma vez só que ele veio, que deu pra ele vir, nos outros dias ele veio de carona e logo foi embora, ficou pouco tempo com a gente. Sinto falta do meu marido, da minha família, de casa, apesar do calor que faz lá, mas a gente sente falta, acho que agora já tá mais tranquilo. (ALANA)

O MC não funciona sem a presença da família, pois ela complementa a assistência prestada com um cuidado integral e individualizada para o bebê prematuro; se a família está ausente, o cuidado é incompleto (MAIA et al*.,* 2011).

O período de internação do filho pré-termo gera sentimentos ruins nos pais como o medo da perda do filho, a angústia de deixá-lo em um ambiente estranho, a culpa pela não continuidade da gestação e o desgaste do cuidador pelo longo período de hospitalização. Para serem minimizados esses sentimentos negativos e para motivar a participação dos pais nos cuidados prestados ao RNBP, a equipe de saúde deve estimular o vínculo e a aproximação do RNBP de seus familiares por meio de diálogos e ações individualizadas.

Falta de cuidados individualizados

A equipe de saúde em que o estudo foi realizado incentiva a presença dos pais ao lado do filho na UTIN; se estão ausentes nas visitas, eles entram em contato tentando fortalecer esse vínculo.

No discurso a seguir os pais relatam que a equipe de saúde cobrava a presença deles ao lado da filha hospitalizada na UTIN. Estes, porém, não conseguiam ir sempre. A mãe, em especial, tinha dificuldades de ir sozinha:

> A gente ia, eu demorei mais para ir, porque eu estava operada, tinha que pegar ônibus, mas meu marido ia, minha filha, minha sobrinha, minha irmã. Elas queriam que eu fosse porque estava muito ausente, expliquei a situação pra ela: a gente mora longe, não tem carro, tem que vir de ônibus, é longe, eu dependo de ônibus pra vir e, operada, pegar três ônibus [...] descer em três terminais [...] Tinha que alguém andar comigo, eu não andava sozinha, tinha medo e, pra ele ir, ele tinha que largar o serviço dele. Às vezes, ele ia comigo, mas foi de mês, um mês e um pouco que eu comecei a ir sozinha. (LURDES)

> Eu falei com a assistente: a partir da semana que vem, ela vai vir duas vezes por semana, porque não dá pra ela vir muito porque é muito longe, ainda não está no tempo dela andar. Ela ainda sente, então não dá pra ela ir. Não é porque ela não queria ir; até que ela queria, eu que não deixava, porque ia ficar andando de ônibus.

> Pra ela subir aqui, andando devagarzinho, para subir este degrau, ela já sentia. (JOÃO)

Diante do nascimento do bebê pré-termo e da necessidade de hospitalização na UTIN e UCINCo, os profissionais de saúde devem estimular a entrada dos pais e a aproximação deles com os filhos de forma gradual, crescente e agradável (OLIVEIRA et al., 2015).

O MC tem como vantagem a diminuição de abandono desses bebês pré-termos pelos pais nas unidades neonatais (BRASIL, 2014).

As mães da UCINCo e da UCINCa do presente estudo permanecem em tempo integral ao lado do filho. Essa permanência é uma obrigatoriedade e, se elas precisam se ausentar por algum motivo, devem pedir autorização para a equipe multiprofissional.

O incentivo ao aleitamento materno é intenso na unidade neonatal deste estudo, as mães são orientadas quanto à importância do leite humano para o bebê pré-termo e cobradas para que o realizem. Além disso, há o desejo delas de não saírem da UCINCa, onde dispõem de um conforto a mais dentro da unidade, o que faz com que as mães se esforcem para que o bebê tenha alta em aleitamento materno exclusivo:

> Eu ficava estressada, porque a fono queria que ela mamasse e eu não tinha leite. Aquilo lá estava me deixando estressada, porque eu a colocava no peito e ela empurrava a cabeça. Começou a fazer aquele da sondinha, ela também não queria daquele jeito, ela chorava. Queria que de uma em uma hora e meia ela mamava, mas eu falava: ela não vai mamar não, porque ela vai estar cheia ainda, levaram-nos de volta lá pro quarto. (LURDES)

> Eu tive rejeição. Eu ia dar mamá, eu ficava nervosa porque ele não pegava às vezes eu não estava dando conta por causa da sonda. O meu leite começou a secar e aí que eu fiquei mais nervosa ainda. Em vez de sair bastante leite pra eu dar pra ele, porque ele estava tomando fórmula, o leite estava secando. Era gotinha, você espremia o peito e saiam dois ou três pinguinhos, eu fui tipo rejeitando o bebê [...]. (ALANA)

As mães esperam da equipe de saúde que eles saibam ouvir e falar. Esses cuidados superam os avanços tecnológicos (SILVA; SILVA, 2009).

O AME é essencial para o RNPT, pois auxilia no ganho de peso e no desenvolvimento intelectual e neurológico. A PC deve ser incentivada o mais cedo possível, pois estimula o AME, possibilitando maior frequência, periodicidade e duração da amamentação, fatores acarretados pelo contato pele a pele entre mãe e filho (FERREIRA; SOUZA, 2011).

Na fala a seguir a mãe questiona a possibilidade de oferecer mamadeira e continuar participando do MC:

> Avaliar se é viável para o bebê estimular tanto o seio materno, até chegar à exaustão. Daí, porque eu dei mamadeira eu perco os retornos da terceira etapa? (VANUZA)

No estudo realizado por Guimarães e Monticelli (2007), com casais que viveram a experiência de terem os filhos hospitalizados na UTIN, percebe-se que a posição canguru é

prazerosa para os pais e para os bebês, porém a necessidade do bebê receber leite humano atribui à mãe uma intensa responsabilidade diária.

No discurso a seguir a mãe refere que teve que deixar a UCINCa, pois a filha não conseguiu permanecer em aleitamento materno:

> O pessoal de lá falou que eu tinha que ir pra lá que ela tinha que aprender a mamar, sugar, mas, chegando lá, né, ela não quis, porque ela é brava demais. Não tem leite, aí, como não pegou, voltaram nós de novo para a UIN pra poder pegar mamadeira. Mas eu queria dar mamar pra ela, porque seria até melhor se tivesse leite pra dar pra ela, eles desenvolvem mais rápido com o leite do peito do que com a mamadeira [...]. (LURDES)

Os fatores que mais colaboram para o desmame precoce é o estresse da mãe e o seu distanciamento prolongado do filho. A permanência prolongada de um filho na unidade neonatal faz com que a mãe não consiga produzir a quantidade necessária de leite para o filho na alta hospitalar, mesmo que esteja presente na unidade e que retire leite em casa. O contato pele a pele faz com que haja uma sincronia entre a produção e a demanda (LAMY, 2003).

A fala a seguir se refere ao fato do banco de leite do HRMS ficar no térreo, enquanto os RN ficam hospitalizados no segundo-andar da edificação e o alojamento conjunto estar instalado no quinto-andar.

> [...] O que me deixou muito angustiada é que, como eu estava com sonda, só depois de tirar a sonda que eu podia ir pra lá, e ainda ter que sair da maternidade que é no quinto andar e ir até lá no banco de leite. Tem tudo isso, assim, eles insistindo na amamentação, insistindo, assim, e você cortada, sem conseguir andar, ter que ir. Foi muito estressante esse período também, até conseguir ver onde fica tudo. (VANUZA)

No estudo realizado por Dadalto e ROSA (2016) em uma maternidade pública e privada de Vitória - ES e, posteriormente, em uma clínica de odontopediatria vinculada a uma universidade, percebe-se que o grupo com mais dificuldades para estabelecer ou manter a amamentação após a alta hospitalar apresentou maior tempo de internação em UTIN e maior tempo de uso de sonda orogástrica.

No estudo realizado por Silva e Silva (2009), percebe-se que, quando as mães retornam para o seu domicílio e para a sua rotina, a amamentação perde a força e não há o profissional da saúde para estimulá-la.

Vale ressaltar que dentre estas mães que se sentiram pressionadas a amamentar pela equipe encontrava-se mãe que também permaneceu hospitalizada na UTI e mãe com histórico de câncer de mama com retirada de nódulo e tratamento quimioterápico. Fatores que podem interferir na produção e na decida do leite.

Ressalta-se que no MC se deve contemplar o bebê e a sua família de forma integral e individualizada, cada situação deve ter um olhar diferenciado.

6.3.3 Categoria Temática 3 - A experiência dos pais com o Método Canguru no ambiente domiciliar

Esta categoria temática surgiu a partir dos seguintes temas: Adaptação da família; Acompanhamento do bebê após alta hospitalar: sucessos e insucessos.

Adaptação da família

O movimento de sair do hospital e ir para casa gera sentimentos de alegria nos pais dos RNPT, mas também sentimentos de medo e dúvidas quanto à capacidade de cuidar desse bebê. As rotinas da unidade neonatal as quais os pais são submetidos durante o longo período de hospitalização os acompanham no ambiente domiciliar.

A mãe relata a dificuldade que tem para se readaptar à sua própria casa, após o processo de hospitalização:

> [...] até o negócio da fralda, eu acho que aqui eu preciso pesar a fralda. Aí eu falo: Daniel, cadê a balança? Fico até perdida. (MICHELE)

Trazer o filho para casa é um momento muito esperado pelos pais e familiares, no entanto, além de alegria, os pais têm medo de que aconteçam intercorrências com o bebê pré-termo (FROTA et al., 2013).

Os pais querem manter os aprendizados adquiridos durante a internação do filho e tentam manter no domicílio as rotinas estabelecidas durante a internação, como ilustra a fala a seguir:

> Faço praticamente a mesma coisa. Então eu continuo dando mamá nos mesmos horários, a troca de fralda, porque, querendo ou não, aqui eu posso ficar mais com ele, não tem que colocar ele no bercinho. Banho também, todos os dias nos mesmos horários, então quase a mesma coisa, porque lá eles falavam que era pra se sentir como se estivesse na sua casa. (MIRELA)

> [...] Em casa se chorar, da mamá que para, mas não é assim, dar mamá no horário! (JOÃO)

Os impactos no cotidiano das famílias devido ao nascimento do RNPT fazem com que haja uma adaptação deles a essa nova vida. O objetivo do MC é permitir um relacionamento saudável entre o filho e a família, desde a hospitalização até os primeiros meses em casa (WUST; VIEIRA, 2011).

O pai relata a preocupação de manter as filhas saudáveis no ambiente domiciliar:

> Com certeza ser pai foi fácil (risos). Agora, difícil é você manter ela saudável, mas está sendo fácil ser pai. Eu levanto de madrugada, fico acordado, como agora. Você está vendo, não dormi à noite, mas é muito bom. E é fácil. (DANIEL)

Quando o bebê vai para casa, ele continuará recebendo suporte da equipe de saúde do hospital nas consultas de seguimentos e da terceira etapa. A PC é recomendada em tempo integral e deve-se estimular a participação do pai (LAMY, 2003).

A mãe refere seguir a orientação recebida no momento da alta hospitalar:

> [...] Eu, sem sair de casa, sem ir para canto nenhum, a gente tem essa limitação, eu falei assim: ai, como que eu não vou ao mercado? A gente precisa tanto ir ao mercado, no entanto, eu fui ao mercado e ele ficou no carro com o meu marido. Consegui fazer as minhas coisas, tudo dando certo, porque lá na hora a gente leva umas broncas das doutoras (risos): vocês querem voltar pra cá? Não! (risos). Então, a gente pega e faz tudo certo, eu acho que foi bom isso também. (TATIANA)

É de responsabilidade da enfermagem cumprir o seu papel de educador. As orientações de alta são feitas pelos enfermeiros e, muitas vezes, são consideradas insuficientes para a compreensão dos pais, pois são realizadas, na maioria das vezes, às pressas e no momento da alta (NIETSCHE et al., 2012).

No hospital em que o estudo ocorreu, as orientações de alta são realizadas pela equipe médica, assim como a decisão da alta hospitalar do RN.

Os pais ressaltam as recomendações dadas durante e após a hospitalização sobre o cuidado com o bebê no domicílio e a compreensão dos familiares que aderem a essas orientações:

> Eu pensava: como que vai ser em casa? Como que eu vou falar para as pessoas, que não pode pegar a criança? As pessoas que foram visitar já viram como que era, a gente chegava e falava. Aí, elas falavam: isso mesmo, tem que falar para as pessoas, elas reforçavam. Então as pessoas falavam: então, é verdade, não é injueira da mãe, não é a mãe que está falando que não pode pegar [...]. (TATIANA)

A equipe de saúde deve se preocupar com os cuidados após a alta hospitalar e não somente com os cuidados dispensados ao bebê e sua família durante a hospitalização. A parceria com a Atenção Básica de Saúde (ABS) facilita a continuidade da PC na residência, o aleitamento materno exclusivo, além de auxiliar nos agendamentos com as especialidades, e as vacinações (LAMY; SILVA; MORSCH, 2015).

A PC facilita para os pais os cuidados no domicílio, principalmente no caso de gêmeos:

> Se eu estou com uma segurada no canguru, tá confortável, eu consigo até cuidar da outra se ela não estiver no canguru. Então eu acho que, para a mãe, o método canguru é bem melhor, acalma o neném, tem como ela cuidar. Foram três coisas que eu conheci no momento: as minhas filhas e o método canguru. (DANIEL)

Os pais necessitam de apoio após a alta hospitalar para se reorganizarem, pois terão novas tarefas e em tempo integral (BORCK; SANTOS, 2010).

A PC permite que a mãe faça os afazeres do lar:

> Mesmo sem estar amarrado, ele fica assim, do jeitinho que ficou no canguru amarrado, mas todo mundo que iam me visitar, na verdade, assim no começo, queria saber o que era esse Canguru (risos). Como assim, canguru? E todo mundo achou muito legal, até o dia que eu fiquei lá para dobrar as roupinhas dele eu falei: gente, isso dá até pra gente lavar louça (risos). Só não dá para fazer coisa quente porque senão vai esquentar a criança, mas é um processo que você não tem que correr pra ver, a criança caiu, ou aconteceu isso. Não, tá ali, com você todo o tempo, você está assistindo TV, você pode fazer um monte de coisas. (TATIANA)

Os bebês saem da PC quando seu crescimento e desenvolvimento ficam de acordo com a idade corrigida próxima do bebê de termo. Aos poucos, ele adquire interação maior com o ambiente em que está inserido e começa a explorá-lo. Desse modo, a mãe começa a perceber que o bebê está inquieto e pronto para uma nova fase. Assim começa a suspender aos poucos a PC (LAMY, 2003).

A experiência do MC fortaleceu o vínculo entre mãe e filhas:

> Em casa comecei a fazer, elas começaram a ganhar peso. Como fazer para não perder peso? Como são duas, a se aconchegarem mais comigo, porque assim, o tempo inteiro com uma. Aí, você larga e já fica com a outra e agora eu já aprendi a lidar com as duas ao mesmo tempo, a amamentar as duas, que daí elas também ficam mais unidas, porque eu consigo dar o amor para as duas na amamentação. (ISADORA)

A dinâmica da família após a alta estará alterada e necessitará de reestruturação. As situações superadas durante a internação podem ser retomadas após a alta hospitalar. Quando a família encontra o eixo, as novas parcerias precisam ser bem configuradas para que os cuidados se ampliem (LAMY; SILVA; MORSCH, 2015). O MC permitiu o aprendizado dos pais e, em consequência, a mudança de atitudes:

> O meu outro filho, eu dava banho no chuveiro. Na hora em que a enfermeira Ariane viu, ela: meu Deus, o que está acontecendo? Meu Deus, o que ela está fazendo? (risos). Foi nessa hora que eu aprendi a dar esse banho nele, porque aqui em casa, quando eu cheguei a primeira vez com o meu filho [...], foi pro chuveiro. Porque foi assim que eu aprendi na maternidade, a gente dava o banho direto naquele chuveirinho e dava. E foi tranquilo, só que é totalmente diferente. Eu não sabia, eu dei porque foi um atropelo, então agora nunca mais eu dou banho de chuveiro (risos). Esses dias ele tinha feito cocô, aí eu tinha limpado ele, peguei uma aguinha assim e a minha filha estava tomando banho, aí eu falei: não, eu não vou colocar ele, não tive coragem, (risos). Foi bom, viu, eu aprendi. (TATIANA)

A mãe deve ser envolvida no processo de aprendizagem durante a hospitalização do filho pré-termo, como participante ativa dos cuidados prestados a ele (FROTA et al.,2013).

Devem-se fortalecer as famílias durante a hospitalização do filho pré-termo, capacitá-las para esse cuidado especial no domicílio e estabelecer os vínculos necessários com a ABS e o ambulatório de seguimento com as especialidades.

Os pais continuaram realizando o contato pele a pele no ambiente domiciliar, principalmente com o objetivo de tranquilizar os filhos:

> Eu a ponho, às vezes, ela tá querendo chorar, que ela está chorando, desinquieta, eu coloco ela aqui, assim, e fico com ela deitada. Ela fica quietinha, ela dorme, ela gosta de ficar**.** (LURDES)

> Elas estão inquietas, é canguru nelas! (DANIEL)

Quando o profissional da saúde consegue transmitir para a mãe a sua importância na recuperação do filho desde a primeira visita à UTIN, elas se sentirão competentes e confiantes e conseguirão manter a sua autonomia no domicílio (HECK et al., 2016).

O pai passou a realizar o contato pele a pele em casa, após a alta das filhas:

> Eu e ele fazemos Método Canguru; ele adora fazer. Ele fala: olha que bonitinho, parece que elas estão dentro da minha barriga. Eu acho até engraçado ele falar; elas se encolhem assim no peito dele porque ele é bem maior que eu. Elas se encolhem, ele coloca o pano, daí elas ficam bem encolhidinhas. Eu falei: agora, você está se sentindo o próprio grávido, né? Ele falou: estou! Aqui em casa os dois fazem Método Canguru com elas. É muito importante pra gente e pra elas também. (ISADORA)

Deve-se destacar o quanto é relevante aos profissionais da saúde considerar as características próprias de cada família, e não focar o contato pele a pele apenas na participação materna. Além disso, vale ressaltar a importância de realizar orientações aos pais sobre os cuidados com o RNPT para que a realização da posição canguru permaneça após a alta (SPEHAR; SEIDL*,* 2013).

Por mais que a centralidade do cuidado do MC se encontra na figura feminina, foi observado, neste estudo, que a equipe de saúde conseguiu inserir o pai nos cuidados com o filho e na realização do contato pele a pele.

Alguns pais não dispunham da faixa de pano utilizada na segunda etapa do MC para realizar a PC na terceira etapa. Dessa forma, eles improvisaram com o que tinham em casa:

> Eu não tenho a faixa, então a gente amarra um pano e eu coloco as duas. Mas dá para fazer em casa, sim. Você pega um lençol e amarra nas gurias e apertam elas como se elas estivessem dentro de uma barriga. Não pode deixar muito frouxo senão ela começa a espernear e sai do canguru. E aí ela pode vazar por baixo. Primeiro de tudo, deixa a neném se encolher primeiro e depois você amarra. Ou você levanta o pezinho dela, porque, se você deixar o pezinho dela, você pode apertar e da maneira que você aperta a faixa, você pode até estar machucando a perninha dela e deixa só o pescocinho, vê se no tronco dela você não vai apertar muito também. Aperta de um

> jeito que você vai se sentir confortável e sem aperto e elas também. É assim que eu faço em casa. Faço com lençol. (DANIEL)

> Ele fica. Só que, assim, ele não arranca a camiseta aqui. Porque ele tem, tipo assim, respeito, mais ele pega assim, amarra um pano e deixa-a. Ou senão, ele pega um casaco e fecha, assim, o casaco e ele segura embaixo. E ela fica. Dorme com ele assim. Fica com ele. (MICHELE)

A terceira etapa do MC permite que o profissional de saúde corrija o que não está bom e reforce as orientações transmitidas anteriormente. O RNPT deve estar incluso em sua família e na sociedade (BORCK; SANTOS, 2010).

Na fala a segui, a mãe elege a avó materna para auxiliá-la e realizar com ela a PC com o bebê pré-termo:

> Eu estou aplicando, pelo menos, umas quatro a cinco horas por dia. Eu fico bem com ela no colo, eu e minha mãe, principalmente, a gente faz o tempo todo. Eu amarro com medo dela cair assim. [...] Com lençol, com lençol, é o que eu tenho. (VANUZA)

Os pais podem eleger uma pessoa para ajudar e realizar a PC, principalmente nos casos em que os pais trabalham fora ou no nascimento de gêmeos (LAMY, 2003).

A mãe faz o contato pele a pele no domicílio e ressalta a participação do esposo para auxiliá-la:

> Fazemos igual lá. Só que não tem o negócio, não tem a faixa. Só que pega lençol, amarra no lençol. A mulher falou que até trilho de mesa, aqueles trilhos dão pra fazer. Só que eu não faço ainda. Porque o pé dela pega bem na minha cirurgia, daí machuca. Mas ele faz. Mas, assim, eu fico com elas assim certinho, igualzinho, só que não me amarro. Igual. Eu as coloco certinhas aqui. Mas fico com ela assim. Dou de mamá pra ela. Daí a ponho certinho pra ela arrotar e ela fica. (MICHELE)

A tecnologia usada e os investimentos gastos na recuperação do bebê são altos. Deve-se ter a certeza antes da alta hospitalar de que, em casa, o RNBP será cuidado por seus familiares de forma adequada dando continuidade à assistência prestada durante a internação. Enfatiza-se a necessidade de uma política pública de saúde que garanta a continuidade da atenção e que abranja o suporte social que esta família precisa (SIQUEIRA; DIAS, 2011).

Os pais continuaram realizando o contato pele a pele no domicílio, conforme o depoimento a seguir:

> Aqui eu faço, eu a coloco em mim e meu marido coloca nele, então nós ficamos bastante com ela, como se estivesse no método canguru. Amarradinha mais não está. Fica no peito, mas não está amarradinha, é o método canguru. [...] Até na cama, ela está deitada, ela tá reclamando, reclamando, aí eu coloco ela aqui, ela acalma e dorme. [...] Eu não faço do mesmo jeito que no hospital, só de pele a pele, mas eu coloco, em mim. Eu amarro a faixa, ou então eu a coloco do jeito que ela estava aqui agora, deitadinha pra dormir, eu faço bastante, ou aqui ou na minha tia, sempre fazendo. [...] de vez em quando coloco a faixa, mas, de vez em quando, ela tá só do jeito que estava aqui. (ROSA)

Percebe-se neste estudo que os pais estavam seguros em realizar a PC e os cuidados com o filho pré-termo. Porém, na revisão integrativa da literatura realizada por Custódio et al. (2013), com a inclusão de 16 artigos científicos, percebe-se que as famílias, após a alta hospitalar, estavam inseguras e dependentes da equipe nos cuidados com o filho no domicílio.

Os pais adaptam o contato pele a pele de uma maneira que seja prazeroso para eles:

> Eu só as coloco sobre o peito mesmo. Eu tenho o canguru, mas nunca usei. (LAURA)

> Eu faço à noite quando eu vou deitar, depois que ela acaba de mamar, eu faço. Eu fico aqui bastante com ela, eu ia colocar ela no carrinho, ficava choramingando, eu a coloco, ela fica bastante, só que eu não a amarro. Eu não tenho aquele negócio de amarrar, mas eu a coloco e fico com ela. Tem que achar a faixa pra comprar, porque também é mais seguro. Até ela se sente segura, fica firme amarrada, depois ela dorme bastante [...]. (LURDES)

Para Bernardo e Zucco (2015), a figura da mulher no MC está relacionada com o fato da mãe realizar os cuidados com o RNBP. São inegáveis os benefícios do MC para a criança, porém a mãe tem que querer participar de todas as etapas.

A mãe relata no discurso a seguir que a PC é a melhor posição para manter a criança:

> Em casa já não fico mais nua, fico mais com roupa, só que é a melhor posição que tem pra criança. Você não vai deixar as crianças deitadas, eles não são bonequinhas, eles são agitados, então a melhor posição que tem pra eles é essa; ajuda na cólica pra acalmar a barriguinha, como você pôr pra arrotar, põe e eles não querem ficar deitados; estão se desenvolvendo e essa posição ajuda muito. É só segurar o pescocinho, a minha filha faz, o meu marido faz, todo mundo só pega eles nessa posição, eles gostam, eles não gostam de ficar deitados, eles não estão mais na fase de recém-nascidos. Já foi! Não dá tempo de amarrar (risos), é complicado, mas assim, essa posição é o dia todo. Só deita mesmo pra trocar, se está no colo, é no canguruzinho. Não tem outro. (CATARINA)

O MC constrói o vínculo entre a mãe e o bebê, proporciona benefícios e satisfação para ela, benefícios para os filhos no seu crescimento e desenvolvimento e permite que a mãe se sinta segura em cuidar do seu bebê (COSTA et al., 2014).

Nos discursos a seguir, as mães relatam suas experiências sobre o contato pele a pele no domicílio:

> Aqui em casa eu tentei com lençol, só que parece que não é a mesma coisa que o de lá, eu só fico grudada com ele, assim, direto, coloco as perninhas dele e até para assistir TV, essas coisas, ele fica na posição canguru. (TATIANA)

> Lá em casa ele fica bastante coladinho em mim. Apesar de que a gente não amarra nada, mas ele fica bastante coladinho em mim. [...] Eles não deram nada, então, eu nem pedi também, porque igual é do hospital. Mas aí a gente vai comprar um pra por ele, porque ele só para colado na gente, só colado. (ALANA)

> [...] Faço, só não faço com a faixa porque não tem aqui, mas eu fico bastante tempo com ele à noite, principalmente. É mais no colo, encostado com ele, assim. Depois que ele mama, também ele fica assim, bastante tempo com ele no meu colo. Aí que eu coloco ele pra dormir. (MIRELA)

> Em casa é mais no colo. Porque eu não tenho o canguru, mais no colo, igual os coloco aqui juntinho do peito e apoio. Às vezes eu encosto aqui na cadeira e eles ficam juntinhos, senão, eu deito, coloco eles em cima, aí eles dormem, eu os deixo dormir mais ou menos umas duas horas, assim, deitados em cima de mim, e assim vai, até eu comprar um canguru. (NEIDE)

Na terceira etapa do MC, os pais são os responsáveis pelos cuidados com o bebê. No entanto vivenciam um processo de adaptação e precisam achar as suas potencialidades para assumirem seu papel (HECK et al., 2016).

As mães que realizaram pouco a PC no ambiente hospitalar tendem a abandonar o seu uso no domicílio. Porém, a mãe relata que, após a retirada dos pontos da ferida cirúrgica e com a autonomia alimentar das filhas, a mãe fez mais a PC na terceira etapa do MC do que durante a hospitalização:

> Lá fazia com a faixa, e aqui em casa, agora, eu faço com a cobertinha delas, porque eu faço com elas ainda. Eu ainda estou no Método Canguru, porque quando elas acordam e elas estão querendo chorar, não têm que mamar: eu faço o Método Canguru com elas e elas se acalmam. Porque eu peguei uma, dei banho; aí elas mamaram, e elas acordaram; aí, eu coloquei elas no Canguru e ficaram até dormir, mas elas fazem o Método Canguru em casa pra ganhar o peso e o aconchego também da gente. Lá eu também fazia, só que no hospital eu fiz bem menos do que eu faço aqui em casa, porque eram as duas e eu estava com os pontos ainda da cirurgia. Eu fiz um pouco menos. Agora que eu já tirei os pontos, tudinho, agora eu faço mais com elas, porque eram as duas e daí elas estavam na sonda. Quase que não dava pra eu tirar elas da sonda; quando eu estava dando mamá pra uma, a outra estava na sonda. (ISADORA)

Spehar e Seidl (2013) observaram que as mães que realizavam pouco o contato pele a pele no ambiente hospitalar reduziam o contato pele a pele no ambiente domiciliar.

As mães expressam o quanto é prazeroso para elas e para os filhos a realização da PC, mesmo após a alta hospitalar:

> [...] O Método Canguru aproxima mais a filha da gente e aproximou bastante porque, quando eu pego as gurias, é diferente. Quando a minha mãe pega, elas choram mais, dão uma parada. Quando eu pego, sei lá, é diferente, elas ficam quietinhas e a mesma coisa, as duas ficam com o meu marido no colo. (MICHELE)

> Eu gostei. É bom ter tido essa experiência; eu ainda gosto e ela gosta de fazer. Então, é maravilhoso. (ROSA)

A expressão a seguir revela o medo de utilizar a faixa no domicílio, de modo que a mãe prefere manter o contato pele a pele sem o seu uso:

> Eu tenho medo. Não faço, eu tenho medo dela cair, sei lá, de escapar, da faixa desamarrar e ela cair no chão. Então eu fico com muito medo. (ROSA).

Na fala a seguir a mãe expõe o vínculo formado entre ela e o filho na execução do MC e as perspectivas dela com o retorno ao trabalho:

> [...] por causa da criança e nós lá juntos, cria esse amor que fica tão grudado, assim que nem eu falei: eu vou ter o bebê, é mais uma criança, mas eu vou voltar a trabalhar. Mas agora não, eu tenho dúvidas se eu vou voltar a trabalhar. Porque a gente ficou tão junto, não que eu não tenha ficado assim dos outros, mas você fica tão junto, tão grudado, não quero me separar dele. Não é fácil a gente sair de casa e deixar eles, por mais que você sabe que só vai deixar com alguém que você tenha muita confiança. Mas você fica com aquele negócio, ai, meu Deus, vou trazer ele grudado comigo (risos), vou viver de canguru. (TATIANA)

Maia et al. (2011) observam que o contato pele a pele gera sentimentos de amor e fortalece o vínculo afetivo entre a mãe e o filho, e essa intimidade contribui para a redução do abandono e da violência.

Percebe-se que os pais aderiram à ideia de continuar o contato pele a pele no domicílio e conseguem ver os benefícios de sua prática para os bebês, fazendo-o de forma prazerosa para ambos.

Na literatura encontram-se muitas evidências científicas da importância da terceira etapa, da continuidade do MC e do cuidado compartilhado pelas especialidades e pela ABS. Porém, há poucos artigos que expõe a maneira que os pais fazem a PC após a alta domiciliar.

Acompanhamento do bebê após alta hospitalar: sucessos e insucessos

Os pais de Campo Grande que realizaram as consultas de enfermagem e médica na terceira etapa do MC valorizaram a importância desse acompanhamento, o que pode ser constatado na fala a seguir:

> O importante é o acompanhamento. Você sai e você aprendeu certas coisas, automaticamente, com as coisas da casa. A gente vai deixando de fazer uma coisa ou outra, mas com o acompanhamento você sabe se tá ganhando peso, se não está ganhando peso, o que você está fazendo de errado, o que você pode fazer para melhorar. Então eu achei muito importante [...]. Quando a gente sai, estamos pensando na gente, em ir embora para a nossa casa. Quando a gente chega aqui, a gente começa a pensar neles. O acompanhamento da terceira etapa: ela não ganhou peso, só que ela não perdeu o peso, ela manteve. Pra mim ela tinha engordado, mas ela não estava engordando, que foi quando a enfermeira Ariane falou: vamos pesar ela de novo? Fiquei preocupada. Quando chegaram a médica e a fono, primeiro pensamento: vão me internar de novo. Eu já olhei pro meu marido: vai buscar as roupas (risos). Aí, ela falou: não, a gente vai fazer assim assado. Então é aquela segurança, querendo ou não, a gente fica com uma segurança, eu não vejo a hora de ir lá pesar elas pra ver se tá tudo bem, pra ver se as duas pegaram peso. Podia ter esse acompanhamento do Método Canguru até os dois anos (risos). (ISADORA)

A terceira etapa do MC acontece quando o RNPT ou RNBP se encontra estável e não necessita mais do suporte hospitalar. O Ministério da Saúde propôs a participação da Atenção Básica na terceira etapa do MC, um trabalho em conjunto com o hospital de origem

(BRASIL, 2016). A possibilidade de retorno ao hospital, no caso do bebê adoecer, tranquiliza a mãe:

> [...] ele está tão bem! Ele tá gordinho. E as doutoras passando lá todo dia de manhã, a gente tira as dúvidas, eu saí de lá, mas elas falaram: qualquer coisa que precisar, pode vir aqui. A gente tem essa segurança, pensa: como que eu vou ao posto com esse pedacinho de gente? E quando chegar lá, será que eles vão saber? A gente fica insegura e aí a gente sai tendo essa segurança deles. E, assim, tem um carinho com a gente. Eu gostei muito. (TATIANA)

A seguinte fala da mãe apresenta sua insegurança em realizar o acompanhamento do filho prematuro na ABS:

> Ontem, eu estava conversando com a minha mãe. Eu falei: se eu não tivesse com acompanhamento, eu não ia saber que a Lorena não estava conseguindo pegar direito o peito. Porque, pra mim, ela estava mamando e engordando, na minha visão. Mas, por causa do acompanhamento, eu vi que não estava. Eu falei: pera aí, tem alguma coisa errada. Se não houvesse esse acompanhamento, se tivesse que ir ao posto de 15 em 15 dias ou uma vez por mês, vixe [...] daqui um mês o que ia acontecer? Eu não ia saber como que ela estava que perde gramas e a olho nu a gente não enxerga. A gente não está vendo, quando eu fosse ver, ela já ia ter perdido muito mais [...]. (ISADORA)

A distância entre a casa do RNPT e/ou RNBP e os serviços de saúde, o fato de ter outros filhos, a falta de tempo e as limitações financeiras foram pontuadas no estudo realizado por Aires et al. (2015) como as dificuldades sentidas pelos pais para levarem os filhos às consultas nos dois níveis de atenção à saúde. Os autores sugerem que sejam realizadas ações de divulgação e de capacitação das equipes de saúde e também a pactuação entre os diferentes níveis de atenção à saúde para que a terceira etapa do MC seja efetiva na Atenção Básica.

O pai relata com entusiasmo e alegria as conquistas da filha pré-termo observadas por ele nas consultas de seguimento realizadas pela fisioterapeuta e terapeuta ocupacional:

> E ela falou que está bem, é como se ela tivesse nascido há um mês. Já deu uma adiantada, graças a Deus, tá respondendo a todas as coisas que fazem pra ela: massagem, teste no ouvido, no olho, que vai com a cabeça pra lá e pra cá; ela está bem [...]. Nós fomos ao hospital esses dias, a doutora colocou uma coisa pra ela ficar olhando, ela ficava prestando atenção, falei pra mulher: agora vamos comprar umas coisinhas. (JOÃO)

A criança precisa de especialistas que a acompanhem nas consultas de seguimento e dos profissionais que a conhecem após a alta hospitalar nas consultas da terceira etapa, mas precisa também da intervenção da equipe generalista da ABS (LAMY; SILVA; MORSCH, 2015).

Neste estudo, em um dos casos a mãe relatou que não compareceu com a filha à consulta da terceira etapa e justificou a ausência por não dispor de dinheiro para a passagem de ônibus. Ressalta-se que a busca ativa dessa família não foi realizada pelos profissionais de saúde.

A rede formada entre os profissionais do âmbito hospitalar, da ABS e dos serviços especializados não estão se relacionando de maneira satisfatória, trazendo prejuízos para a assistência prestada ao RNBP (CUSTÓDIO et al., 2013).

As mães apresentam dificuldades na vivência das três etapas do método; sabe-se que a equipe de saúde não trabalha com a individualidade de cada bebê e de cada família, o que pode provocar dificuldade na adaptação ao lar (COSTA et al., 2014).

Também foram observadas as dificuldades das três mães moradoras no interior do estado em realizar os acompanhamentos, devido à centralização do cuidado em grandes centros. Duas delas retornaram com dificuldades às consultas de terceira etapa e aos acompanhamentos ambulatoriais com os especialistas, e uma delas ficou em Campo Grande até a alta da terceira etapa do MC para, então, retornar à sua cidade.

Em uma pesquisa realizada com 18 profissionais da saúde da Secretaria Municipal de Saúde, no Consórcio Intermunicipal de Saúde e no Hospital Santa Casa, em todas as instituições da cidade de Irati, no Estado do Paraná, nota-se que há descompassos, quando se estudam os encaminhamentos da criança prematura e/ou baixo peso, e muitas delas ficam desamparadas, contando com a sorte para conseguirem atendimento. Quando conseguem atendimento, recebem o básico: a pesagem e a vacinação (KLOSSOSWSKI et al*.,* 2016).

No hospital sede deste estudo, as crianças saem com os encaminhamentos e com as consultas agendadas para o ambulatório do próprio hospital, exceto em um dos casos, em que a mãe saiu sem os agendamentos. Somente no retorno à terceira etapa, é que foram agendados as consultas e os exames.

Os recém-nascidos prematuros são expostos a muitos potenciais estressores, e a quantidade de exposição varia entre os bebês e ao longo do período entre a admissão e a alta da UTIN. A exposição aos estressores está associada a alterações regionais na estrutura e função do cérebro do bebê (SMITH et al., 2011). Por esse motivo, deve haver um acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento dos bebês nascidos pré-termo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por base as experiências dos pais de recém-nascidos de baixo peso com o MC, no ambiente hospitalar e domiciliar. Buscou-se identificar o conhecimento que os pais adquiriram sobre o MC, durante a vivência na unidade neonatal, descrevendo o modo de aplicação do MC no ambiente hospitalar e domiciliar.

Os relatos dos pais possibilitaram conhecer as potencialidades e fragilidades do MC desenvolvido no local do estudo. A intensa imersão nesta realidade permitiu conhecer algumas características dos participantes da pesquisa em seu contexto.

A seguir, descrevem-se as considerações e reflexões surgidas no decorrer do estudo sobre os relatos dos pais pesquisados e as suas vivências na unidade neonatal e em domicílio, referentes à MC.

Foi possível identificar o conhecimento dos pais sobre o MC. Eles consideraram o método uma continuação da gestação interrompida pelo parto prematuro e um facilitador na formação de vínculo, proporcionada por sua participação nos cuidados com o RNBP. No entanto, percebe-se a realização de orientações não efetivas, em que o MC seria apenas para bebês com peso inferior a dois quilos.

Evidenciou-se que os pais foram orientados pela equipe de saúde e conseguem identificar e enumerar inúmeros benefícios para os filhos do MC, tais como: ganho de peso, estímulo ao desenvolvimento infantil, incentivo ao aleitamento materno, tranquilidade do bebê, melhora do sono, melhora na evolução clínica do bebê com alta precoce e formação de vínculo e apego entre os pais e os filhos. Assim, os pais sentem-se mais capacitados para cuidar do filho no ambiente domiciliar.

Percebe-se a efetividade do MC na formação de vínculo entre o bebê e os seus pais. Nos relatos, constata-se que houve a inserção e a participação da família na realização dos cuidados básicos com o bebê, desde a UTIN. Os pais aplicaram o contato pele a pele e o banho humanizado, preconizado pelo MC no ambiente hospitalar. Alguns pais demonstram ser gratos à equipe por todos os cuidados prestados aos filhos. Além disso, a equipe de saúde proporcionou aos pais momentos de aprendizado e troca de experiência.

As fragilidades existentes no centro-obstétrico e unidade neonatal, relacionadas ao MC, aos processos de trabalho e à área física, demonstraram o descompasso do MC. Alguns pais sentem-se, muitas vezes, desamparados pelos profissionais da equipe de saúde. Na percepção deles, durante a vivência na unidade, há profissionais que não demonstram possuir

o perfil necessário para trabalhar com o MC e com as famílias, em sua integralidade e individualidade.

Percebe-se que os pais adquiriram conhecimento relacionado ao MC e mantiveram a realização do contato pele a pele no domicílio, com a utilização da faixa de tecido e com o uso de lençol e de casaco, mas também aplicaram o contato pele a pele sem nenhuma contenção.

Os pais elogiam as consultas realizadas na terceira etapa do MC, que possibilitam o retorno do bebê para acompanhamento do ganho de peso, e também os atendimentos prestados aos filhos nas consultas de seguimento, pela equipe multiprofissional.

Dentre os doze casos destacam-se que: um bebê permaneceu em aleitamento materno sem a complementação da fórmula infantil; nove bebês recebiam fórmula infantil; e dois bebês estavam sendo amamentados com leite humano, durante o dia, pela tia materna. O aleitamento materno é considerado um dos pilares do MC.

Vale ressaltar que uma mãe não compareceu com a filha à consulta de terceira etapa, agendada na alta hospitalar, e não foi realizada a busca ativa pela equipe de saúde.

A realização de capacitações relacionadas ao MC deve ser a estratégia para a sua efetivação adequada no local do estudo, com novas abordagens, evidenciando para a equipe de saúde o funcionamento do MC. Esses momentos de encontros devem abranger na totalidade os profissionais das equipes de saúde multiprofissional, desde o ambulatório, o centro-obstétrico, a UTIP, a UTIN, a UCINCo, a UCINCa e a ALCON.

As atividades realizadas pela equipe multiprofissional aos pais, durante a hospitalização, devem ser contínuas e renovadas, como a formação de grupos com a participação da enfermagem.

Deve-se criar um serviço efetivo com a participação da enfermagem no retorno destas crianças ao hospital. As consultas de enfermagem na terceira etapa do MC devem ser registradas no prontuário do bebê, devendo-se realizar a busca ativa das crianças faltosas, em parceria da Atenção Básica.

Este estudo teve a participação de um grupo heterogêneo de pais, caracterizados por diferentes faixas etárias, abrangendo mães adolescentes, assim como bebês que necessitaram de hospitalização nas unidades de terapia intensiva e aqueles que necessitaram apenas de unidades de cuidados intermediários.

Neste estudo encontra-se a participação de poucos pais, quando comparada ao número de mães participantes. Este fato deve-se à centralidade dos cuidados prestados ao RNBP, no ambiente hospitalar, estar relacionada à presença e participação das mães, além disso, a necessidade do pai em manter a renda familiar.

O MC potencializa a qualidade de vida dos RNBP, ratificando-se como um recurso a mais na atenção à criança e à sua família. Este estudo é importante para as áreas da saúde e da enfermagem, pois demonstrou o conhecimento que os pais adquiriram sobre o MC, durante a hospitalização do filho, além de evidenciar o modo de aplicação do MC na unidade neonatal e no domicílio.

Vale ressaltar a relevância deste estudo, sobretudo, ao suscitar mudanças de comportamentos da equipe de enfermagem, a fim de que este grupo passe a considerar os pais de maneira individualizada. É, portanto, importante, desde o período de Graduação nos cursos das áreas de saúde, que sejam enfatizados os conteúdos referentes ao MC e sua efetividade. Faz-se necessário que a enfermagem dê credibilidade ao MC.

Deve-se criar uma rede regionalizada com outros hospitais e maternidades do estado e do país para que haja a troca dos dados obtidos nesta pesquisa e se observe as estratégias utilizadas pelas demais instituições relacionadas ao MC.

A partir dos dados obtidos com a pesquisa, surgiu uma maior inquietação sobre a necessidade de que sejam investigadas as percepções dos profissionais de saúde sobre o MC, em todas as suas etapas.

REFERÊNCIAS

AIRES, L. C. P.; SANTOS, E. K. A.; COSTA, R.; BORCK, M.; CUSTÓDIO, Z. A. O. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre,v. 36, n. esp., p. 224-232, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500224>. Acesso em: 12 fev. 2017.

ALMEIDA, M. F. ; GUINSBURG, R.; COSTA, J. O.; ANCHIETA, L. M.; FREIRE, L. M.; CAMPOS JÚNIOR, D. Non-urgent cesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. **Archives of Disease Childhood Fetal and Neonatal Ed**., v. 95, n. 5, p. 326-30, jun. 2010.

ALMEIDA, H.; VENÂNCIO, S. I.; SANCHES, M.T. C.; ONUKIO, D. The impact of kangaroo care on exclusive breastfeeding in low birth weight newborns. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, p. 250-253, maio/jun.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 02 fev. 2017.

ALMEIDA, F. A.; MORAES, M. S.; CUNHA, M. L. R. Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.50, n. esp., p. 122-129, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3610/361046269018.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2017.

ANDRADE, R. C.;MARQUES, A. R.; LEITE, A. C. A. B.; MARTIMIANO, R. R.; SANTOS, B. D.; PAN, R.; FERNANDES, A. M.; MELO, E. M. O. P.; NASCIMENTO, L.C. Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas: evidências para o cuidado. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 379-394, abr./jun., 2015.

ANTUNES, B. S.; PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M.; TROJAHN, T. C.; RODRIGUES, A. P.; TRONCO, C. S. Internação do recém-nascido na Unidade Neonatal: significado para a mãe. **Revista Rene**, v. 15, n.5, p.796-803, set./out.2014.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**,São Paulo,v. 44, n. 4, p. 865-872, 2010a.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. Alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação de enfermagem. **Escola Anna NeryRevista de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 284-292, abr./jun. 2010b.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; RODRIGUES, E. C. O diálogo entre a equipe de saúde e as mães de bebês prematuros: uma análise freireana. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 180-186, abr./jun. 2008.

ARAÚJO, C. L.; RIOS, C. T. F.; SANTOS, M. H.; GONÇALVES, A. P. F. Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 301-307, jan. 2010.

ARIVABENE, J. C.; TYRRELL, M. A. R. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 262-268, abr. 2010.

AUTO, F. M. L.; AMÂNCIO, O. M. S.; LANZA, F. C. Efeito da música sobre o ganho de peso de prematuros maiores de 32 semanas: ensaio clínico randomizado. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 3, p. 293-299, 2013.

BALBINO, F. S.; BALIEIRO, M. M. F.G.; MANDETTA, M. A. Avaliação da percepção do cuidado centrado na família e do estresse parental em unidade neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. 2753, p. 1-9, 2016.

BALBINO, F. S.; BALIEIRO, M. M. F.G.; MANDETTA, M. Percepção do cuidado centrado na família em unidade neonatal. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 6, n. 1, p. 84-92, jan./mar. 2016.

BARRADAS, J. FONSECA, A.; GUIMARÃES, C. L. N.; LIMA, G. M. S. A relação entre o posicionamento do prematuro no Método Mãe- Canguru e desenvolvimento neuropsicomotor precoce. **Revista Jornal de Pediatria,** v. 82, n. 6, p. 475-480, 2006.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

BERNARDO, F. R.; ZUCCO, L. P. A centralidade do feminino no método canguru. **Sexualidad, Salud y Sociedad − Revista Latino Americana**, n. 21, p. 154-174, dez. 2015.

BLOMQVIST, Y. T.; NYQVIST, K. H. Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, p.1472-1480, 2010.

BLOMQVIST, Y. T.; NYQVIST, K. H. Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, n. 9, p. 1988-1996, 2012.

BORCK, M.; SANTOS, E. K. A. Terceira etapa método canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 761-768, dez., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da saúde da criança e do adolescente. **Programa Saúde do Adolescente PROSAD**. Bases Programáticas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 693/GM, de 5 de julho de 2000**. Diário Oficial da União n.º 129-E, 6 de julho de 2000, Seção 1, página 15. Norma de atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente** 25 anos: lei n.º 8.069, de julho de 1990 e legislação correlata. Ed. Comemorativa. Brasília: Câmara dos deputados, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde: manual técnico. 4 v. Cuidados com o recém-nascido pré-termo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1. 459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da Uniãon.º 121, de 27 junho de 2011, p. 109. Seção 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 12 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União n.º 12, 13 de julho de 2013, Seção 1, p. 59. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: Método Canguru: manual técnico. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica**: cuidado compartilhado. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CABRAL, I. E.; RODRIGUES, E. C. O método mãe canguru em uma maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: necessidades da criança e demanda de educação em saúde para os pais. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 629-636, out./dez., 2006.

CAMARGO, C. L.; LA TORRE, M. P. S.; OLIVEIRA, A. F. V. R.; QUIRINO, M. D. Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 3, n. 3, p. 267-275, set./dez. 2004.

CAMPOS, M. A.; CABRAL, I. E. Concepções e vivências das mães na enfermaria mãe-canguru - subsídios para a prática de enfermagem pediátrica. **Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras,** v. 1, n. 2, p. 37-48, jul. 2002.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.4, p. 849-859. 2007.

CARDOSO, J. S.; LAMY, Z. C.; LAMY FILHO, F.; GOMES, M. A. S. M.; QUEIROZ, A. L. G.; GIANINI, N. O. M.; LIMA, G. M. S.; CUSTÓDIO, Z. A. O.; SANCHES, M. T. C.; ALMEIDA, P. V. B. Análise situacional da implantação do Método Canguru em maternidades públicas brasileiras. In: SANCHES, M.T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. (Orgs.). **Método**

Canguru no Brasil: 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015, p.165-186.

CARTAXO, L. S.; TORQUATO, J. A.; AGRA, G.; FERNANDES, M. A.; PLATEL, I. C. S.; FREIRE, M. E. M. Vivência das mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 4, p. 551-557, jul./ago. 2014.

CARVALHO, I. S.; COSTA JÚNIOR, P. B.; OLIVEIRA, J. B. P.; BRITO, R. S. O pré-natal e o acompanhante no processo parturitivo: percepção de enfermeiros. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 17, n. 2, p. 70-77, abr./jun. 2015.

CASATI, P. S.; OLIVEIRA, C. S.; PAULA, S. Método Mãe Canguru e suas associações nos benefícios dos recém-nascidos baixo peso. **Uniciências**, v. 14, n. 1, p. 135-146, 2010.

COSTA, R.; MONTICELLI, M. Método Mãe-Canguru. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 427-433, out./dez. 2005.

COSTA, R.; MONTICELLI, M. O Método Mãe-Canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 578-582, jul./ago. 2006.

COSTA, R.; MONTICELLI, M; HECK, G. M. M.; LUCCA, H. C.; SANTOS, S. V. Da incubadora para o colinho: o discurso materno sobre a vivência no método canguru. **Revista de Enfermagem e Atenção à saúde**, v. 3, n. 2, p. 41-53, jul./dez. 2014.

COLAMEO, A. J.; REA, M. F. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 597-607, mar. 2006.

CORREA, A. R.; ANDRADE, A. C.; MANZO, B. F.; COUTO, D. L.; DUARTE, E. D. As práticas do cuidado centrado na família na perspectiva do enfermeiro da unidade neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 629-634, out./ dez. 2015.

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. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 4, p. 449-455, out./dez. 2007.

CRUZ, A. R. M.; OLIVEIRA, M. M. C.; LEITÃO CARDOSO, M. V. L. M.; LÚCIO, I. M. L. Sentimentos e expectativas da mãe com o filho prematuro em ventilação mecânica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 133-139, 2010.

CUSTÓDIO, N.;MELLO, D. F.; MARSKI, B. S. L.; ABREU, F. C. P.; WERNET, M. Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 984-991, out./ dez. 2013.

CZECHOWSKI, A. E.; FUJINAGA, C. I. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da fonoaudiologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 15, n. 4, p. 572-577, dez. 2010.

DADALTO, E. C. V.; ROSA, E. M. Fatores associados ao uso da chupeta por lactentes nascidos pré-termo. **Revista CEFAC,** v. 18, n. 3, p. 601-612, mai./jun. 2016.

DANTAS, M. M. C.; ARAÚJO, P. C. B.; REVORÊDO, L. S.; PEREIRA, H. G.; MAIA, E. M. C. Mães de recém-nascidos prematuros e o termo hospitalizados: avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. **Acta Colombiana de Psicologia,** v. 18, n. 2, p. 129-138, 2015.

DAVID, G.C.; MARÇAL, M. L.P.; VIEIRA, M. E. B.; FORMIGA, C. K. M. R. Comparação do desenvolvimento motor de bebês que passaram pelo Método Mãe Canguru e pela Unidade de Cuidados Intermediários. **Revista Movimenta**, v. 5, n. 1, p. 15-26, 2012.

DELGADO, S. E.; HALPERN, R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 17, n. 2, p. 141-152, maio/ago. 2005.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

DITTZ, E. S.; MELO, D. C. C.; PINHEIRO, Z. M. M. P. A terapia ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 42-47, jan./abr. 2006.

DORNASBACH, J. O.; FREITAS, H. M. B.; COSTENARO, R. G. S.; RANGEL, C. R.; ZAMBERLAN, C.; ILHA, S. Unidade de tratamento intensivo neonatal: sentimentos dos pais após a alta hospitalar do filho. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 8, n. 8, p. 2660-2666, ago. 2014.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R.; Experiências de mulheres no desenvolvimento do Método Canguru. **Revista Mineira de Enfermagem,** v. 8, n. 4, p. 436-441, out./dez. 2004.

ELEUTÉRIO, F. R. R. O imaginário das mães sobre a vivência no método mãe-canguru. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 4, p. 439-466, 2008.

ENTRINGER, A. P.; GOMES, M. A. S. M.; PINTO, M.; CAETANO, R.; MAGLUTA, C.; LAMY, Z. C. Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru. **Caderno de Saúde Pública,** v. 29, n. 6, p. 1205-1216, jun. 2013.

FELDMAN, R.; ROSENTHAL, Z.; EIDELMAN, A. I. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. **Biol. Psychiatry**, v. 1, n. 75, p. 56-64, 2014.

FERNANDES, N. G. V.; SILVA, E. M. B. Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 4, p. 107-115, jan./fev./mar. 2015.

FERREIRA, N. A. E. S.; SOUZA, M. C. M. R. O método mãe-canguru como instrumento de promoção do materno exclusivo. **Periódico Científico do Núcleo de Biociências**, v. 1, n. 1, p. 1-8, ago. 2011.

FLACKING, R.; THOMSON, G.; EKENBERG, L.; LÖWEGREN, L.; WALLIN, L. Influence of NICU co-care facilities and skin-to-skin contact on maternal stress in mothers of preterm infants. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 3, n. 4, p. 107-12, out. 2013.

FRAGA, I. T.G.; PEDRO, E. N. R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 89-97, abr. 2004.

FREIRE, M. H. S.; STELMAK, A. P.; SANTOS, E. K. A.; BITTENCOURT, R. Método Canguru como subsídio para a assistência humanizada ao neonato e à família:

revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, v. 8, n. 10, p. 3461-3472, out. 2014.

FREITAS, J. O.; CAMARGO, C. L. Discutindo o cuidado ao recém-nascido e sua família no Método Mãe-Canguru. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 16, n. 2, p. 88- 95, 2006.

FRELHO, A. T.; CARRARO, T. E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 3, p. 514-521, maio/jun. 2012.

FROTA, M. A.; SILVA, P. F. R.; MORAES, S. R.; MARTINS, E. M. C. S.; CHAVES, E. M. C.; SILVA, C. A. B.. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 277-283, abr./jun. 2013.

FURLAN, C. E. F. B.; SCOCHI, C. G. S.; FURTADO, M. C. C. Percepção dos pais sobre a vivência no Método Mãe- Canguru. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 444-452, jul./ago. 2003.

GESTEIRA, E. C. R.; BRAGA, P. P.; NAGATA, M.; SANTOS, L. F. C.; HOBL, C.; RIBEIRO, B. G. Método Canguru: benefícios e desafios experienciados por profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 4, p. 518-528, out./dez. 2016.

GIANINI, N. O. M. Trajetória do Método Canguru nas unidades da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro. In: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. (Orgs.). **Método Canguru no Brasil**: 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

GOMES, C. S.; FONSECA, J. S. A.; PERES, P. L. P.; RODRIGUES, B. M. R. D. Amamentação cruzada, da negligência às virtudes morais: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 3, p. 263-272, mar. 2015.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 935-944, maio 2012.

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 Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 626-635, out/dez. 2007.

HECK, G. M. M.; LUCCA, H. C.; COSTA, R.; JUNGES, C. F.; SANTOS, S. V.; BORCK, M. Compreensão do sentimento materno na vivência no Método Canguru. **Revista de Enfermagem UFSM,** v. 6, n. 1, p. 71-83, jan./mar. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações sobre cidades brasileiras**. Campo Grande. População estimada, 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=500270&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em: 18 set. 2016.

JOHNSON, A. N. The maternal experience of kangaroo holding. **ournal of Obstetric Gynecologic and neonatal nursing**, v. 36, n. 6, p. 568-573, 2007.

KAMADA, I.; ROCHA, S. M. M. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 3, p. 404-411, 2006.

KIMURA, A. F.; MERIGHI, M. A. B. Estudo de Caso. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N.S. (Orgs.). **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas**: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.

KLOSSOSWSKI, D. G.; GODOI, V. C.; XAVIER, C. R.; FUJINAGA, C. I. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Revista CEFAC**, v. 18, n.1, p. 137-150, jan./fev. 2016.

KRIENGER, D. C.; BITENCOURT, J. V. O. V.; PARKER, A. J.; VARGAS, M. A. O.; LUZ, K. R.; MARIN; S. Percepção da prematuridade: um estudo de caso visando à abordagem das mães. **Revista de enfermagem UFPE On line**, v. 8, n. 8, p. 2754-2761, ago. 2014.

LAMY FILHO, F.; SILVA, A. A. M.; LAMY, Z. C.; GOMES, M. A. S. M.; MOREIRA, M. E. L. Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 5, p. 428-435, set./out. 2008.

LAMY FILHO, F.; RODRIGUES, M. C.; CORREIA, A. S.; ARAÚJO, H. A. W. P. Fatores associados ao desmame por ocasião da alta em prematuros de muito baixo peso. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 13, n. 2, p. 21-25, maio/ago. 2012.

LAMY, Z. C. Metodologia Canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI Neonatal. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Orgs.). **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

LAMY, Z. C. Trajetória do Método Canguru no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA. In: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. (Orgs.). **Método Canguru no Brasil**: 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

LAMY, Z. C.; SOARES, M.; MORSCH, D. S. Cuidado compartilhado entre a Atenção Hospitalar e Atenção Básica. In: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. (Orgs.). **Método Canguru no Brasil**: 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

LAMY, Z. C.; GOMES, M. A. S. M.; GIANIN, N. O. M.; HENNING, M. A. S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 659-668, jul./set. 2005.

LARA, K. L.; KIND, L. Processos de subjetivação vivenciados por mães em uma unidade de neonatologia. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 4, p. 575-585, out./dez. 2014.

LIMA, G. M. S. Trajetória do Método Canguru no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. In: SANCHES, M. T. C. et al. (Orgs.). **Método Canguru no Brasil**: 15 anos de política pública**.**São Paulo: Instituto de Saúde,2015.

LEMOS, R. A.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. Desenvolvimento funcional de crianças nascidas prematuras: revisão integrativa da literatura. **Fisioterapia em movimento**, v. 29, n. 3, p. 623-633, jul./set. 2016.

LOPES, D. M.; SANTOS, L. M.; CARVALHO, R. M. Motivos da não realização da posição canguru na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras,** v. 10, n. 2, p. 71-78, dez. 2010.

MAIA, J. A. et al. Método Canguru: a importância da família na recuperação do recém-nascido de baixo peso. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 231-234, 2011.

MAIA, F. A.; AZEVEDO, V. M. G. O.; GONTIJO, F. O. Os efeitos da posição canguru em resposta aos procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 23, n. 3, p. 370-373, 2011.

MAIA, J. M. A.; SILVA, L.B.; FERRARI, E. A. S. A relação da família com crianças hospitalizadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com a equipe de enfermagem. **Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n. 2, p. 154-164, dez. 2014.

MARANHÃO, A. G. K.; VASCONCELOS, A. M. N.; TRINDADE, C. M.;VICTORA, C. G.; RABELLO NETO, D. L.; PORTO,D. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. V. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MARSON, A. P. Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa. **Revista - Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar,** v. 11, n. 1, p. 161-169, jun. 2008.

MARTINS, A. J. V. S.; SANTOS, I. M. M. Vivendo do outro lado do Método Canguru: a experiência materna. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [internet], v. 10, n. 3, p. 703-710, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a16.htm>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MARTINS, L.; OLIVEIRA, E. A. Percepção da mãe diante dos cuidados de saúde oferecidos ao binômio mãe/recém-nascido na internação neonatal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 107-116, 2010.

MARQUES, C. S. B. Classificação do recém-nascido segundo idade gestacional e crescimento fetal. In: PACHI, P. (Org.). **O pré-termo**: morbidade, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca, 2003.

MARQUES, C. R. G.; NERIS, I. L. F.; CARVALHO, M. V. A.; MENEZES, M. O.; FERRARI, Y. A. C. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT,** v. 3, n. 3, p. 65-78, out. 2016.

MARTINEZ, J. G.; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Participação das mães/pais no cuidado com o filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 1-9, 2007.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul. **O método Canguru**. 2012. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=122766>. Acesso em: 09 jan. 2014.

MATO GROSSO DO SUL. **Sistema de Gerenciamento Ambulatorial Estatística Hospitalar**. Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, 2014.

MATO GROSSO DO SUL. **Sistema de Gerenciamento Ambulatorial Estatística Hospitalar**. Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, 2015.

MATO GROSSO DO SUL. **Sistema de Gerenciamento Ambulatorial Estatística Hospitalar**. Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, 2016.

MATO GROSSO DO SUL. **Hospital Regional de Mato Grosso do Sul**: estrutura. Disponível em: <http://www.hospitalregional.ms.gov.br/>.Acesso em: 18 set. 2016.

MEDEIROS, J. S.; MASCARENHAS, M. F. P. T. Banho humanizado em recém-nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 51-60, jan./abr. 2010.

MELO, E. M. O.;FERREIRA, P. L.; LIMA, R. A. G.; MELLO, D. F. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** v. 22, n. 3, p. 432-439, maio/jun. 2014.

MELO, A. M.; MARTINS, T. G. S.; SANTOS, T. L.; SILVA, A. S.; SANTOS, N. N. S. Perfil alimentar e desenvolvimento motor oral dos neonatos nascidos com baixo peso. **REVISTA CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 86-94, jan./fev. 2016.

MELO, R. A.;ARAÚJO, A. K. C.; BEZERRA, C. S.; SANTOS, N. M.; MARQUES, W. F.; FERNANDES, F. E. C. V. Sentimentos de mães de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Id on Line Multidisciplinary and Psychology Journal**,v. 10, n. 32, p. 88-103, nov./dez. 2016b.

MENEZES, M. A. S.; GARCIA, D. C.; MELO, E. V.; CIPOLOTTI, R. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 2, p. 171-177, jun. 2014.

MINAYO, M. C. S. Contradições e consensos na combinação de métodos quantitativos e qualitativos. In MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 54-76.

MINAYO, M. C. S. Modalidades de abordagens compreensivas. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 143-170.

MINAYO, M. C. S. Construção dos instrumentos e exploração de campo. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 189-200.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de análise do material qualitativo. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 303-360.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N. C. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagens de programas sociais. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MOLINA, R. C. M.; MARCON, S. S. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.4, p. 856-864. 2009.

MOLINA, R. C. M.; VARELA, P. L. R; CASTILHO, S. A; BERCINI, L. O; MARCON, S. S. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 437- 444, set. 2007.

MOLINA, R. C. M.; FONSECA, E. L.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S. A percepção da família sobre sua presença em uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 630-638, 2009.

MOREIRA, J. O.; ROMAGNOLLI, R. C.; DIAS, D. A. S.; MOREIRA, C. B. Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: pesquisa qualitativa na rede pública de Betim. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 3, p. 475-483, jul./set. 2009.

MOUSQUIER, P. N.; LEÃO, L. C. S., KEPLER, D.; LOPES, R. C. S.; PICCININI, C. A. Mãe, cadê o bebê? Repercussões do nascimento prematuro de um irmão. **Estudos de Psicologia**, v. 31, n. 4, p. 527-537, out./dez. 2014.

NEVES, F. A. M.; ORLANDI; M. F.; SEKINEI, C. Y.; SKALINSKI, L. M. Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 349-353, jul./set. 2006.

NEVES, P. N.; RAVELLI, A. P. X.; LEMOS, J. R. D. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (Método Mãe-Canguru): percepção de puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 48-54, 2010.

NIETSCHE, E. A.; NORA, A. D.; LIMA, M. G. R.; BOTTEGA, J. C.; NEVES, E. T.; SOSMAYER, V. L. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 809-816. 2012.

NOVO, J. L. V. G.; GIANINI, R. J. Mortalidade materna por eclâmpsia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 2, p. 209-217, abr./ jun. 2010.

NUNES, N. P.; PESSOA, U. M. L.; MONT'ALVERNE, D. G. B.; SÁ, F. E.; CARVALHO, E. M. Método Canguru: percepção maternal acerca da vivência na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 3, p. 387- 393, jul./set. 2015.

OLIVEIRA, K.; VERONEZ, M.; HIGARASHI, I. H.; CORREA, D. A. M. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI Neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 46-53, jan./mar. 2013.

OLIVEIRA, N. D.; JOAQUIM, M. C. M.; MARANHÃO, A. G. K.; SCHUBERT, C. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru: 15 anos de uma política pública de saúde que mudou o cuidado perinatal brasileiro. In: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. (Orgs.). **Método Canguru no Brasil**: 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015, p. 29.

OLMEDO, M. D.; GABAS, G. S.; MEREY, L. S. F.; SOUZA, L. S.; MULLER, K. T. C.; SANTOS, M. L. M.; MARQUES, C. F. Respostas fisiológicas de recém-nascidos

pré-termo submetidos ao Metódo Mãe-Canguru e a posição prona. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 19, n. 2, p. 115- 121, 2012.

PERDOMINI, F. R. I.; BONILHA, A. L. L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 445-452, jul./set. 2011.

PEREIRA, L. B.; ABRÃO, A. C. F. V.; OHARA, C. V. S.; RIBEIRO, C. A. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 55-63, jan./mar. 2015.

PEREIRA, L. T. K.; GODOY, D. M. A.; TERÇARIOL, D. Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 3, p. 422-429, 2009.

PERGHER, D. N. Q.; CARDOSO, C. L.; JACOB, A. V. Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência da mãe. **Estilos da Clínica,** v. 19, n. 1, p. 40-56, jan./abr. 2014.

PRIETO, A. P. G.; NEGRÃO, M. V. B.; CAVALCANTE, M. C. A vivência dos pais em relação ao Método Canguru: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 3, n. 6, p. 53-61, jul./dez. 2005.

RAMOS, E. M.; SILVA, L. F.; CURSINO, E. G.; MACHADO, M. E. D.; FERREIRA, D. S. P. O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 2, p. 245-250, mar./abr. 2014.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr./jun. 2009.

ROSO, C. C.; COSTENARO, R. G. S.; RANGEL, R. F.; JACOBI, C. S.; MISTURA, C.; SILVA, C. T.; CORDEIRO, F. R.; PINHEIRO, A. L. U. Vivência das mães sobre a hospitalização do filho prematuro. **Revista de Enfermagem da UFMS**, v. 4, n. 1, p. 47-54, jan./mar. 2014.

ROVER, M. M. M. S.; VIEIRA, C. S.; SILVEIRA, R. C.; GUIMARÃES, A. T. B.; GRASSIOLLI, S. Risk factors associated with growth failure in the follow-up of very low birth weight newborns. **Jornal de Pediatria**, v. 92, n. 3, p. 307-313, 2016.

SAINT-EXUPÉRY, A. **O Pequeno Príncipe**. 49. ed. Rio de Janeiro: Agir, 2015.

SALES, C. A.;VRECCHI, M. R.; MIKUNI, P. K.; FERREIRA, E. A.; ANDRADE, V. C. C.; GODOY, A. V.; LOPES, N. A. G.; ZANONI, A. C. N. Vivenciando a facticidade em dar existência a filho prematuro: compreensão dos sentimentos expressos pelas mães. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, v. 27, n. 1, p. 19-23, 2005.

SANTOS, L. M.; SILVA, C. L. S.; SANTANA, R. C. B.; SANTOS, V. E. P. Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 788-794, set./out. 2012.

SANTOS, N. D.; MACHADO, M. E. D.; CHRISTOFFEL, M. M. (Re)conhecendo a participação masculina no Método Canguru: uma interface com a prática assistencial de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 461-468, jul./set. 2013.

SANTOS, N. D.; THIENGO, M. A.; MORAES, J. R. M. M.; PACHECO, S. T. A.; SILVA, L. F. O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 1, p. 65-70, jan./fev. 2014.

SCHMIDT, K. T.; SASSÁ, A. H.; VERONEZ, M.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. A primeira visita ao filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: percepção dos pais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 73-81, jan./mar. 2012.

SCOCHI, C. G. S.; MELLO, D. F.; MELO, L. L.; GAÍVA, M. A. M. Assistência aos pais de recém-nascidos pré-termo em unidades neonatais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 4, p. 495-503, out./dez. 1999.

SEVERINO, F. G.; PINTO, J. M. S.; MOURA, D. S. Processos dolorosos em puérperas participantes do Método Mãe-Canguru. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 20, n. 1, p. 28-32, 2007.

SILVA, A. L. A.; MENDES, A. C. G.; MIRANDA, G. M. D.; SANTOS NETO, P. M. Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada. 1999-2013. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 2, p. 139-148, abr./jun.2016a.

SILVA, A; SALMERON, N. A.; LEVENTHAL, L. C. Percepção dos pais em relação ao Método Mãe Canguru. **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 56, p. 46-50, 2012.

SILVA, L. J.; SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 684-689, set. 2009.

SILVA, L. J.; SILVA, L. R.; LEITE, J. L.; ADEGAS, E. C. V.; SILVA, I. R.; SILVA, T. P. O ambiente da unidade neonatal: perspectivas para o cuidado de enfermagem no Método Canguru. **Revista de Enfermagem UFPE ON LINE**, v. 7, n. 2, p. 537-545, fev. 2013.

SILVA, L. J.; LEITE, L. J.; SCOCHI, C. G. S.; SILVA, L. R.; SILVA, T. P. A adesão das enfermeiras ao Método Canguru: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 483-490, maio/jun. 2015.

SILVA, R. M. M.; MENEZES, C. C. S.; CARDOSO, L. L.; FRANÇA, A. F. O. Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro,** v. 6, n. 2, p. 2258- 2270, maio/ago., 2016b.

SILVA, R. V.; SILVA, I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 108-115, jan./mar. 2009.

SIQUEIRA, M. B. C.; DIAS, M. A. B. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 1, p. 27-36, jan./mar. 2011.

SMITH, G. C.; GUTOVICH, J.; SMYSER, C.; PINEDA, R.; NEWNHAM, C.; TJOENG, T. H.; VAVASSEUR, C.; WALLENDORF, M.; NEIL, J.; INDER, T.. Neonatal Intensive Care Unit stress is associated whit brain development in preterm infants. **American Neurological Association**, v. 70, n. 4, p. 541-549, out. 2011.

SOARES, R. L. S. F.; CHRISTOFFEL, M. M.; RODRIGUES, E. C.; MACHADO, M. E. D.; CUNHA, A. L. Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade à paternidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 409-416, jul./set. 2015.

SOARES, R. L. S. F.; CHRISTOFFEL, M. M.; RODRIGUES, E. C.; MACHADO, M. E. D.; CUNHA, A. L. Os significados de cuidar do filho pré-termo na visão paterna. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 1-9, 2016.

SOARES, V. M. N.; SOUZA, K. V.; FREYGANG, T. C.; CORREA, V.; SAITO, M. R. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 11, p. 566-573. 2009.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 471-480, 2010.

SOUZA, L. P. S.; SOUZA, E. V.; GOMES, G. C. S.; SOUTO, D. F.; PEREIRA, L. B.; PINHEIRO, M. A. M.; SILVA, C. S. O.; VERSIANI, C. C. Método Mãe-Canguru: percepção da equipe de enfermagem na promoção à saúde do neonato. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde,** v. 27, n. 3, p. 374-380, jul./ set. 2014.

SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C.; CARVALHO, J. B. L.; SILVA, M. L. C. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 729-733, set./out. 2009.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 1-9, 2016.

SPEHAR, M. C.; SEIDL, E. M. F. Percepções Maternas no Método Canguru: Contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 4, p. 647-656, out./dez. 2013.

TOMA, T. S. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, sup. 2, p. 233-242, 2003.

TOMA, T. S.; VENÂNCIO, S. I.; ANDRETTO, D. A. Percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após implantação do Método Mãe-Canguru em hospital público da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 3, p. 297-307, jul./set. 2007.

THEISS, M. B.; GRUMANN JÚNIOR, A.; RODRIGUES, M. R. W. Perfil epidemiológico dos recém-nascidos prematuros com retinopatia da prematuridade no

Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes. **Revista Brasileira de Oftamologia**, v. 75, n. 2, p. 109-114, 2016.

TURATO, E. R. Viabilizando a etapa do trabalho de campo. In: TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemiológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VERAS, R. M.; VIEIRA, J. M. F.; MORAIS, F. R. R. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. **Psicologia em Estudo,** v. 15, n. 2, p. 325-332, abr./jun. 2010.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF). In: WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 5. ed. São Paulo: Roca, p. 66- 129. 2012.

WUST, G. G.; VIEIRA, C. S. O relacionamento mãe-bebê pré-termo após a alta hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 311-318, abr./jun. 2011.

XAVIER, P. C. N.; CHANG, M. R.; NUNES, M. O.; PALHARES, D. B.; SILVA, R. A.; BONFIM, G. F.; ALMEIDA JÚNIOR, N. F. Candidemia neonatal em hospital público do Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 41, n. 5, p. 459-463, set./out. 2008.

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL - UFMS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MÉTODO CANGURU: A EXPERIÊNCIA DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS COM BAIXO PESO

Pesquisador: Mayara Carolina Cañedo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51279715.6.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.371.216

Apresentação do Projeto:

Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso, a ser realizada na Unidade Neonatal (UCIN Ca) do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul e no domicilio dos pacientes. Os participantes da pesquisa (n=40) serão pais e mães que tiveram a experiência de terem seu filho internado na UCIN Ca do HRMS devido ao baixo peso e que, participam da terceira etapa do Método Canguru. Os critérios de exclusão: pais e mães com dificuldade de compreensão e expressão que prejudiquem a realização da entrevista, que não residem em Campo Grande, MS e cujos filhos não estejam participando da terceira etapa do método. A coleta está prevista entre os meses de março de 2016 a julho de 2016. Os dados serão obtidos por meio de entrevista, com um roteiro semi-estruturado, técnicas de observação participante, consultas em prontuários, genograma e ecomapa.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

•Conhecer a experiência dos pais de recém-nascidos de baixo peso na adaptação do Método Canguru no processo de alta hospitalar e nos cuidados em domicílio.

Específicos

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

•Identificar o conhecimento dos pais sobre o Método Canguru;
•Descrever o modo da aplicação do Método Canguru no ambiente hospitalar e em domicílio pelos pais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não adesão dos participantes e/ou prováveis constrangimentos em responder perguntas e a possíveis recordações de momentos de tristeza, ansiedade e medo da perda que os pais vivenciaram no momento de nascimento e internação de seu (a) filho (a).

Benefícios: : a pesquisa pretende gerar conhecimento sobre o tema estudado, que poderá contribuir para a diminuição dos agravos na saúde e os índices de mortalidade infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é viável, exequível e altamente relevante, pois, o Método Canguru é uma abordagem assistencial humanizada aplicada no período neonatal e direcionada para a melhoria do cuidado prestado ao recém-nascido de baixo peso e/ou prematuro com necessidade de hospitalização. Outro aspecto relevante é que foi somente no ano de 2012 que todas as fases do MC foram implantadas em Mato Grosso do Sul. Apresenta recorte metodológico adequado e suficiente para atingir os objetivos propostos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos necessários para a execução da pesquisa.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes com 18 anos ou mais
- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para os pais adolescentes e Juntamente Com O TCLE Aos Pais Ou Responsáveis Legais Pelo Adolescente.
- Termo de Compromisso para utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa
- Autorização Para A Realização De Pesquisa Comissão De Ética Em Pesquisa Hospital Regional De Mato Grosso Do Sul Nr. 41/2015
- Instrumento de coleta de dados

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendencias para sua execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL - UFMS

Continuação do Parecer: 1.371.216

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_626352.pdf	15/11/2015 23:03:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	METODOCANGURUAEXPERIENCIADOSPAISDERECEMNASCIDOSCOMBAIXOPESO.docx	15/11/2015 22:54:23	Mayara Carolina Cañedo	Aceito
Outros	ROTEIROPARACOLETADEDADOSNOPRONTUARIODEINTERNACAODORN.docx	15/11/2015 22:49:14	Mayara Carolina Cañedo	Aceito
Outros	RESOLUCAON61.docx	15/11/2015 22:48:08	Mayara Carolina Cañedo	Aceito
Outros	RESOLUCAON60.docx	15/11/2015 22:47:02	Mayara Carolina Cañedo	Aceito
Outros	FOLHADEROSTOTRABALHOSDEPESQUISA.docx	15/11/2015 22:45:18	Mayara Carolina Cañedo	Aceito
Outros	DADOSDEIDENTIFICACAODOSPAIS.docx	15/11/2015 22:43:35	Mayara Carolina Cañedo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOPARAAREALIZACAODEPESQUISA.docx	15/11/2015 22:42:44	Mayara Carolina Cañedo	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	15/11/2015 22:40:19	Mayara Carolina Cañedo	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSO.docx	15/11/2015 22:37:49	Mayara Carolina Cañedo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	15/11/2015 22:33:44	Mayara Carolina Cañedo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDOAOSPAIS.docx	15/11/2015 22:15:25	Mayara Carolina Cañedo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDO.docx	15/11/2015 22:14:30	Mayara Carolina Cañedo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEASSENTIMENTOLIVREESCLARECIDOPARAOSPAISADOLESCENTES.docx	15/11/2015 22:10:36	Mayara Carolina Cañedo	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	15/11/2015 22:09:15	Mayara Carolina Cañedo	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

CAMPO GRANDE, 16 de Dezembro de 2015

Assinado por:
PAULO ROBERTO HAIDAMUS DE OLIVEIRA BASTOS
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

ANEXO B - NOTIFICAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

DETALHAR NOTIFICAÇÃO

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MÉTODO CANGURU: A EXPERIÊNCIA DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS COM BAIXO PESO
Pesquisador Responsável: Mayara Carolina Cañedo
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 51279715.6.0000.0021
Submetido em: 15/11/2015
Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_626352

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros
Detalhe: Alteração do projeto de pesquisa
Justificativa: Venho notificar alterações no projeto aprovado pelo CEP/UFMS com o protocolo CAAE n. 51279715.6.0000.0021, parecer n. 120264/2015 de 16/12/2015. A notificação se refere à seguinte necessidade de alteração em: Metodologia: serão incluídos na pesquisa pais e mães que tiveram a experiência de terem seu filho internado na UCIN Ca do HRMS devido ao baixo peso que, participam da terceira etapa do Método Canguru e residem no estado de Mato Grosso do Sul. Critérios de exclusão: pais e mães com dificuldade de compreensão e expressão que prejudiquem a realização da entrevista e cujos filhos não estejam participando da terceira etapa do método. Deixo as alterações destacadas no projeto. Agradeço a atenção e me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos. Atenciosamente,
Data do Envio: 11/09/2016
Situação da Notificação: Notificação aceita

ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DO HRMS PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA N. 41/2015

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE MS
UNIDADES: HRMS

FUNSAU
FUNDAÇÃO DE SAÚDE - MS

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Nr. 41/2015

A Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, declara estar informada da metodologia que será desenvolvida no projeto de pesquisa intitulado **"Método Canguru: a experiência dos pais de recém-nascidos com baixo peso",** trabalho apresentado pela enfermeira **Mayara Carolina Cañedo,** com a finalidade de obtenção do título de Mestre pela UFMS, sob orientação da Profª. Drª. Cristina Brandt Nunes.

Ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme preconiza a resolução CNS **466 de 12 de Dezembro de 2012** e demais resoluções complementares, autorizo a realização da pesquisa nesta instituição.

Campo Grande, MS 20 de outubro de 2015.

Dr. José Júlio Saraiva Gonçalves
Coordenador da Comissão de Ética em Pesquisa
Hospital Regional de Mato Grosso do Sul

Fundação Serviços de Saúde MS/HRMS
Rua Engenheiro Lutero Lopes, 36-Aero Rancho
Campo Grande-MS

ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MÉTODO CANGURU: A EXPERIÊNCIA DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS COM BAIXO PESO

Pesquisador Responsável: *Mayara Carolina Cañedo*

Como pesquisador acima qualificado comprometo-me cumprir rigorosamente, sob as penas da lei, as Normas Internas aqui estabelecidas para a utilização de dados de prontuários de pacientes do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, que constitui a base de dados do presente Projeto de Pesquisa (Formulário de Pesquisa-Coleta de Dados), tomando por base as determinações legais previstas nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/2012) e Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS 1993), que dispõem:

d) O acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) será autorizado apenas para pesquisadores do Projeto de Pesquisa devidamente aprovado pelas instâncias competentes da UFMS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFMS).

e) os pesquisadores (auxiliares, adjuntos, coordenador) terão compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados pesquisados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

f) os dados obtidos (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) somente poderão ser utilizados neste presente projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer todo o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Campo Grande (MS) 01 / 03 / 2016

Mayara Carolina Cañedo

Mayara Carolina Cañedo

APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA A ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS

Número do (a) entrevistado (a): ( )

Data da entrevista:_____/____/____

Horário de início: _____:_____ Horário de término: _____:_____

Idade: _____ Data de Nascimento:____/___/__

Estado Civil:_____

Sexo: ( )masculino ( )feminino

Profissão/ocupação:_____

Escolaridade:_____

Cotidiano e prática do Método Canguru ambiente hospitalar (2º etapa)

1. Em sua opinião, o que é o Método Canguru?
2. Como tem sido para você ter um filho que utiliza o Método Canguru?
3. Como você aplica o Método Canguru no ambiente hospitalar?

Cotidiano e prática do Método Canguru no domicílio (3º etapa)

4. Conte-me como é para você aplicar o Método Canguru na sua casa?
5. O que você tem a dizer sobre este método? Dificuldades e facilidades?

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO DO RN

Número do (a) participante (o): ( ) Sigla do RN: ( )

Sexo: ( ) masculino ( )feminino Data de nascimento:_____/____/____

Hora de nascimento:___:____Idade:_____ dias Procedência:_____

ANTECEDENTES MATERNOS					
Idade (anos):			**Nº de gestações:**		
Nº de consultas de pré-natal:			Abortos:		
			Nativivos:		
			Natimortos:		
			Prematuros:		
DADOS DO PARTO					
Tipo de parto:					
Cesária					
Normal					
DADOS DO RECÉM-NASCIDO NO NASCIMENTO					
Perímetro cefálico (cm)			Apgar		
Perímetro torácico (cm)			Peso (g)		
Idade Gestacional (semanas)			Comprimento (cm)		
Necessitou de reanimação	**Sim**				
	Não				
DADOS DO RECÉM-NASCIDO NA ALTA HOSPITALAR					
Perímetro cefálico (cm)			Tempo de internação (dias)		
Perímetro torácico (cm)			Peso (g)		
Idade Gestacional Corrigida (semanas)			Comprimento (cm)		
Tipo de alimentação			**Diagnóstico médico**		
Seio materno livre demanda					
Seio materno e complemento					
Complemento					
Sonda enteral					

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA A VISITA DOMICILIAR

A frequência da realização da visita domiciliar será definida de acordo com as necessidades levantadas.

Data: _____ / _____ / _____

Cidade:_____

Zona da cidade onde reside o paciente: ( ) norte ( )sul ( )leste ( )oeste

1 – Identificação
Nome _____
Sexo M ( ) F( )
Nome do responsável_____
Quantas pessoas moram na casa_____
Membros da família presentes na casa no momento da visita_____
Casa própria ( ) casa alugada( ) casa de parentes( ) casa de amigos( ) abrigo( )
Realização da Visita

1. Estrutura familiar –
   Genograma e ecomapa

2. Renda familiar – até 1 salário mínimo_____
- até 2 salário mínimos_____
- até 3 salários mínimos_____
- mais de 3 salários mínimos_____
- Profissão:_____

2- Método Canguru no ambiente domiciliar
1. Quem realiza as tarefas diárias e os cuidados com o recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso _____
2. Realiza a posição canguru no domicílio? ( )sim ( ) não. Se sim com qual a frequência?_____ quem realiza a posição?_____

2 - Condições Habitacionais e Sanitárias
Tipo de moradia - Alvenaria ( ) Madeira ( ) Outros ( )_____
Número de cômodos_____
Tipo de teto – laje ( ) telhado ( ) especifique _____
Arejamento – ( ) casa arejada ( ) janelas amplas ( ) casa abafada
Piso da casa – cimento ( ) cerâmica ( ) taco/madeira ( ) outros ( )_____

3- Estado geral da casa – Saneamento básico:
Condições sanitárias-água encanada e tratada ( )sim ( )não
Possui rede de esgoto ( )sim ( ) não
Filtro de água – Sim ( ) Não ( ) _____
Animais domésticos – Sim ( ) Não ( ) quais _____

4 - Informações fisiológicas e nutricionais
Função vesical – _____
Função intestinal –_____
Sono – (horas)-_____
Local onde o recém-nascido dorme -_____
Mantém aleitamento materno exclusivo após a alta domiciliar? ( ) sim ( ) não

5. Outras observações:_____

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa não contará com ressarcimento financeiro. Sua participação será por meio de uma entrevista a ser realizada pela pesquisadora em ambiente privativo. A mesma será gravada, transcrita e depois analisada. As gravações serão utilizadas exclusivamente para a pesquisa permanecendo com a pesquisadora por cinco anos e, após este período, descartada. Se você não quiser que a entrevista seja gravada ela será escrita à mão.

Esta pesquisa pretende gerar conhecimento sobre o tema estudado, fomentar a promoção da qualificação profissional e a reformulação de políticas públicas sobre o assunto. Os riscos da pesquisa estão relacionados a prováveis constrangimentos em responder perguntas e a possíveis recordações de momentos de tristeza, ansiedade e medo da perda que os pais vivenciaram no momento de nascimento e internação de seu(a) filho(a).

Em caso de dúvida a respeito deste estudo você poderá entrar em contato com a pesquisadora Mayara Carolina Cañedo pelo celular (67) 9177-2636 e em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFMS pelo telefone (67) 3345 7187, pode entrar em contato também com a Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional do HRMS pelo telefone (67) 3378-2909 ou (67) 3378-2517. A pesquisadora se compromete a apresentar a você os resultados do estudo.

Declaro que li e entendi este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será emitido em duas vias permanecendo uma comigo e outra com a pesquisadora e, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário(a) a participar deste estudo.

Campo Grande/MS,____de _____de_____.

( ) Aceito que a entrevista seja gravada. ( ) Não aceito que as entrevistas sejam gravadas

_____ _____

Assinatura do (a) participante Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE E - TERMO DE ASSENTIMENTOLIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS ADOLESCENTES

Título: MÉTODO CANGURU: A EXPERIÊNCIA DOS PAIS DIANTE DO RECÉM-NASCIDO COM BAIXO PESO

Meu nome é Mayara Carolina Cañedo e o meu trabalho é pesquisar sobre O MÉTODO CANGURU: A EXPERIÊNCIA DOS PAIS DIANTE DO RECÉM-NASCIDO COM BAIXO PESO. Eu convido você a fazer parte deste estudo. Você pode escolher se quer participar ou não. Discutimos esta pesquisa com seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos pedindo seu acordo. Mas se você não desejar fazer parte da pesquisa, não é obrigado, até mesmo se seus pais concordarem.

Você pode discutir qualquer coisa deste formulário com seus pais, amigos ou qualquer um com quem você se sentir à vontade de conversar. Você pode decidir se quer participar ou não depois de conversar sobre a pesquisa, não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que você não entenda ou coisas que você quer que eu explique detalhadamente porque você ficou mais interessado ou preocupado. Por favor, peça que eu pare a qualquer momento e eu explicarei.

Queremos conhecer a experiência dos pais de recém-nascidos de baixo peso na adaptação do Método Canguru no processo de alta hospitalar e nos cuidados de domicílio. Para isso, vamos entrevistar pais que tiveram filhos de baixo peso.

Você não precisa participar desta pesquisa se não quiser. É você quem decide. Se decidir não participar da pesquisa, é seu direito e nada mudará no tratamento de saúde do seu filho (a). Até mesmo se disser "sim" agora, poderá mudar de ideia depois, sem nenhum problema.

Será uma entrevista e ela será marcada por você no horário e local que for melhor para você sendo respeitada sua decisão, conforme sua sugestão e solicitação. Se você aceitar, as suas falas serão gravadas para que a pesquisadora possa prestar mais atenção em você, e serão, posteriormente, escritas como foram ditas. Se você não quiser que a entrevista seja gravada ela será escrita à mão.

_____ _____

Rubrica do (a)adolescente Rubrica da pesquisadora

Consideramos que seu relato poderá possibilitar a criação de estratégias que venham melhorar o atendimento a essa clientela e sua família e promover ações de prevenção desta situação.

Não vou falar para outras pessoas que você está nesta pesquisa e também não compartilharei qualquer informação sobre você e nem sobre seu (a) filho (a) com outras pessoas. Depois que a pesquisa acabar, os resultados serão informados para você e para seus pais ou representantes legais. As informações sobre você serão coletadas na pesquisa e ninguém, exceto a pesquisadora, poderá ter acesso a elas. Qualquer informação sobre você e sobre seu (a) filho (a) terá um número ao invés de seu nome. Só as pesquisadoras saberão qual é o seu número e manteremos em sigilo. Este documento está escrito em duas vias, uma delas é sua e a outra é da pesquisadora. A sua participação no estudo não terá pagamento financeiro.

Você pode tirar as dúvidas agora ou depois comigo pelo telefone (67) 9177-2636, ou ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo pelo telefone (67) 3345-7187. Pode entrar em contato também com a Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional do HRMS pelo telefone (67) 3378-2909 ou (67) 3378-2517.

Eu entendi que a pesquisa é sobre O MÉTODO CANGURU: A EXPERIÊNCIA DOS PAIS DIANTE DO RECÉM-NASCIDO COM BAIXO PESO para isso serão feitas entrevistas gravadas, se eu aceitar.

( ) Aceito que a entrevista seja gravada.

( ) Não aceito que as entrevistas sejam gravadas

_____ _____

Rubrica do (a) adolescente

Rubrica da pesquisadora

Eu _____ aceito participar da pesquisa O MÉTODO CANGURU: A EXPERIÊNCIA DOS PAIS DIANTE DO RECÉM-NASCIDO COM BAIXO PESO. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer "sim" e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer "não" e desistir que ninguém vai ficar chateado. A pesquisadora tirou as minhas dúvidas e conversou com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Campo Grande/MS,_____de _____de_____.

_____ _____

Assinatura do (a) adolescente Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS PELO(A) ADOLESCENTE

Título: MÉTODO CANGURU: A EXPERIÊNCIA DOS PAIS DIANTE DO RECÉM-NASCIDO COM BAIXO PESO

Meu nome é Mayara Carolina Cañedo e convido seu (sua) filho (a) e seu (sua) neto (a) para participar, como voluntário (a) da pesquisa MÉTODO CANGURU: A EXPERIÊNCIA DOS PAIS DIANTE DO RECÉM-NASCIDO COM BAIXO PESO. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que seu filho (o) e seu (sua) neto (a) faça parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você e seu (sua) filho(a) e seu neto (a) não terão nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição em que recebem atendimento. Para perguntas ou problemas referentes ao estudo entre em contato comigo pelo telefone (67) 9177-2636. Para perguntas sobre os seus direitos como participante no estudo você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pelo telefone (67) 3345-7187. Pode entrar em contato também com a Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional do HRMS pelo telefone (67) 3378-2909 ou (67) 3378-2517. A participação do (a) seu (sua) filho(a) e seu (sua) neto (a) nesta pesquisa consistirá em falar sobre: a experiência dos pais diante do recém-nascido com baixo peso que utiliza o Método Canguru. Se você permitir que seu (sua) filho (a) e seu (sua) neto (a) participem, as falas dele (a) poderão ser gravadas. Se você não quiser que a entrevista do (a) seu (sua) filho(a) seja gravada ela será escrita à mão. A entrevista será marcada por você e seu (sua) filho (a) no horário que for melhor para vocês e será respeitada a decisão de vocês, conforme sua sugestão e solicitação. O local para a realização da entrevista será em ambiente privativo do HRMS e no domicílio e respeitará o sigilo das informações.

_____

Rubrica do pai, mãe ou responsável legal pelo (a) adolescente.

_____

Rubrica da pesquisadora

Os resultados da pesquisa serão confidenciais e garantimos também o anonimato da participação de seu (sua) filho (a) e de seu (sua) neto (a), durante a participação do mesmo, inclusive na sua divulgação, cujos dados serão divulgados em eventos científicos e na publicação de artigos científicos. Os dados do estudo não possibilitarão a identificação dele (a) e nem dos membros de sua família. A entrevista, gravada e transcrita, ficará sob a posse da pesquisadora responsável, por um período de cinco anos, compondo um banco de dados, o qual será utilizado exclusivamente para fins científicos, artigos, apresentações e eventos. Após esse período, a entrevista gravada e transcrita será destruída. Não haverá compensação financeira aos participantes do estudo.

A participação do (a) seu (sua) filho (a) no estudo é voluntária. Ele (a) pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Vocês não perderão qualquer benefício ao qual vocês têm direito em relação ao tratamento e atendimento que vem realizando e recebendo. Você não será proibido de participar de novos estudos.

Considerando os dados acima, confirmo ter sido informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e autorizo realização do estudo.

Eu, _____, pai, mãe ou responsável legal por _____, declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Campo Grande/MS _____de _____ de_____.

_____

Assinatura do pai, mãe ou responsável legal pelo (a) adolescente.

_____

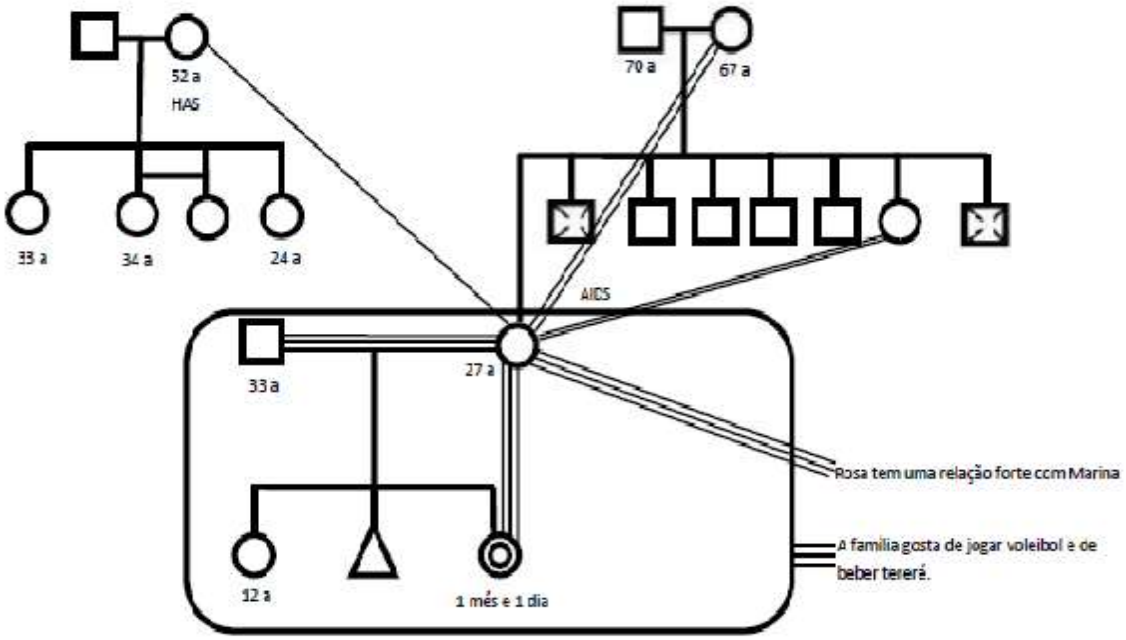
Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE G – CARACTERIZAÇÃO DOS BEBÊS PREMATUROS

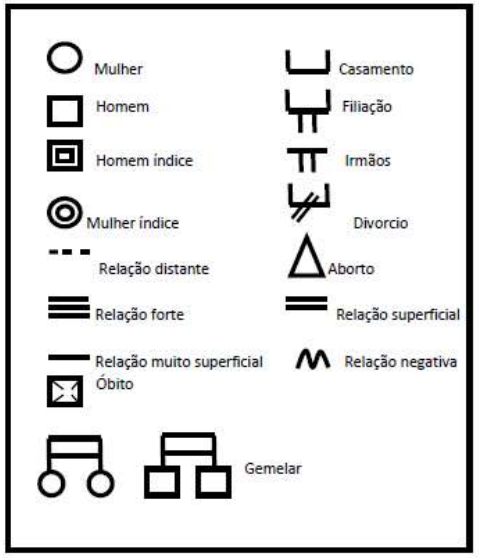
Caso	Idade gestacional	Peso de nascimento. (gramas)	Tempo de hospitalização (dias)	Causa do Parto Prematuro	Peso na alta (gramas)	Entrevista
1	34 semanas e 5 dias	1.285	31	Oligodramnio	1.805	Mãe
2	26 semanas	725	88	Síndrome de Hellp	2.345	Mãe e Pai
3	34 semanas e 6 dias	2.160 2.300	16	DPP	2.180 2.210	Mãe
4	32 semanas e 6 dias	1.690 2.080	21	DHEG	1.910 2.455	Mãe e Pai
5	26 semanas e 3 dias	665 920	112	TPP	2.350 2.655	Mãe e Pai
6	31 semanas e 4 dias	1.615 1.705	42	DPP	2.150 2.240	Mãe
7	34 semanas	1.650	42	DHEG	1.840	Mãe
8	31 semanas e 4 dias	1.480	48	DHEG	2.570	Mãe
9	33 semanas e 6 dias	2.010 2.290	15	Bolsa Rota	1.965 2.105	Mãe
10	29 semanas e 6 dias	1.065	54	DHEG Centralização Fetal	2.085	Mãe
11	30 semanas e 3 dias	1.150	38	DHEG	1.815	Mãe
12	32 semanas	1.645 1.725	30	TPP	1.920 2.070	Mãe

APÊNDICE H - GENOGRAMAS E ECOMAPAS

CASO 1



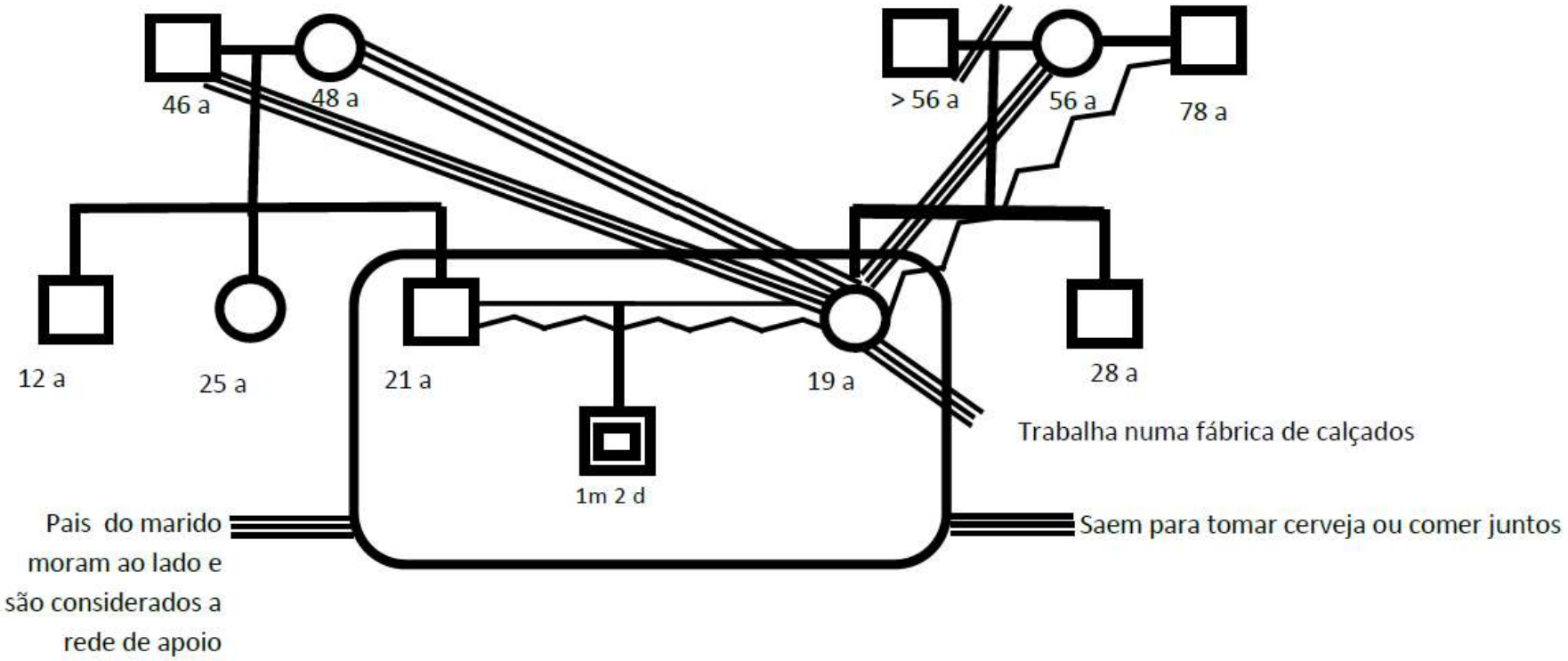
Fonte: WRIGHT; LEAHEY, 2012



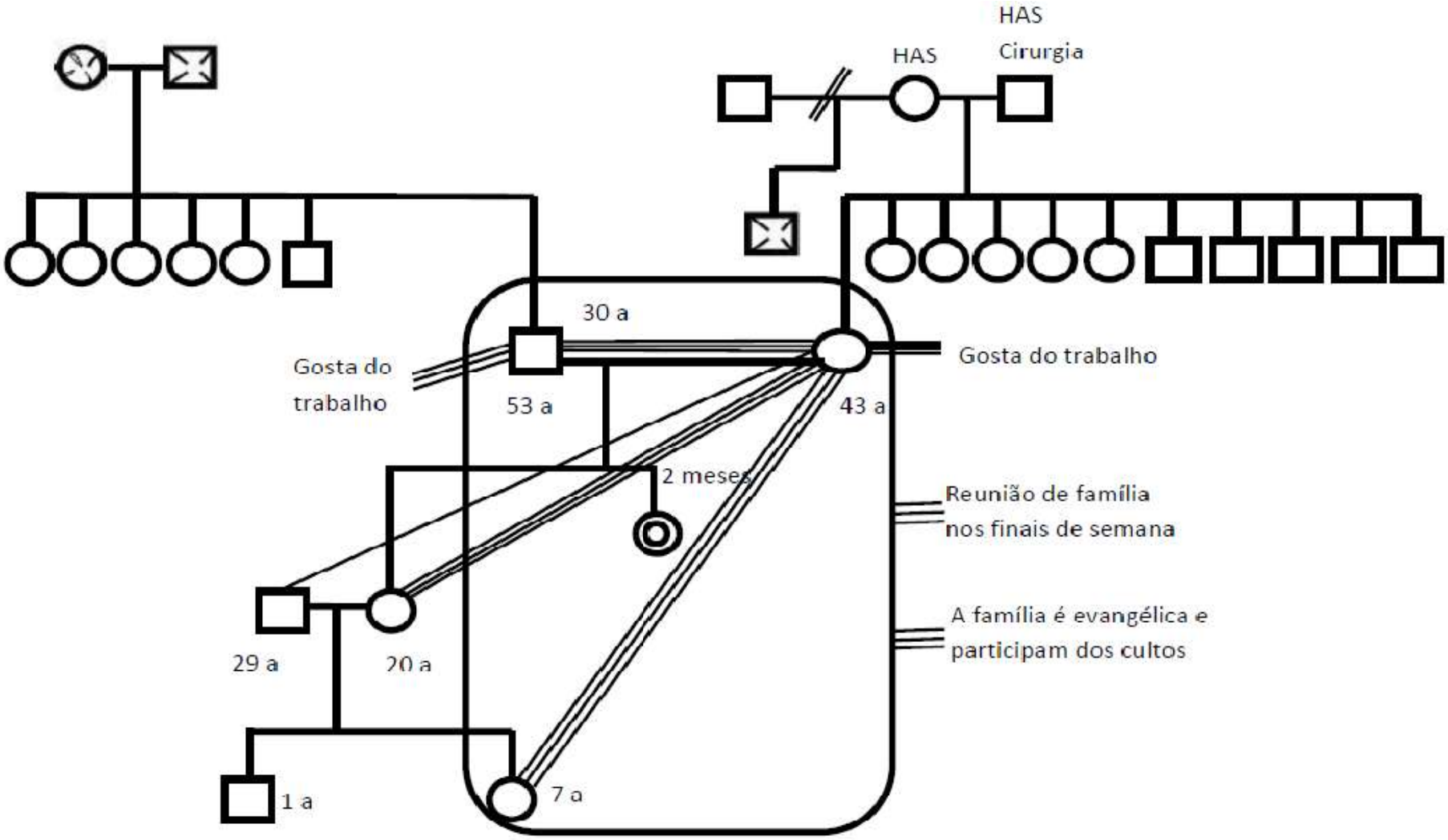
LEGENDA[2]

[2] Esta mesma legenda será utilizada, no decorrer deste estudo, para todos os genogramas e ecomapas dos doze casos.

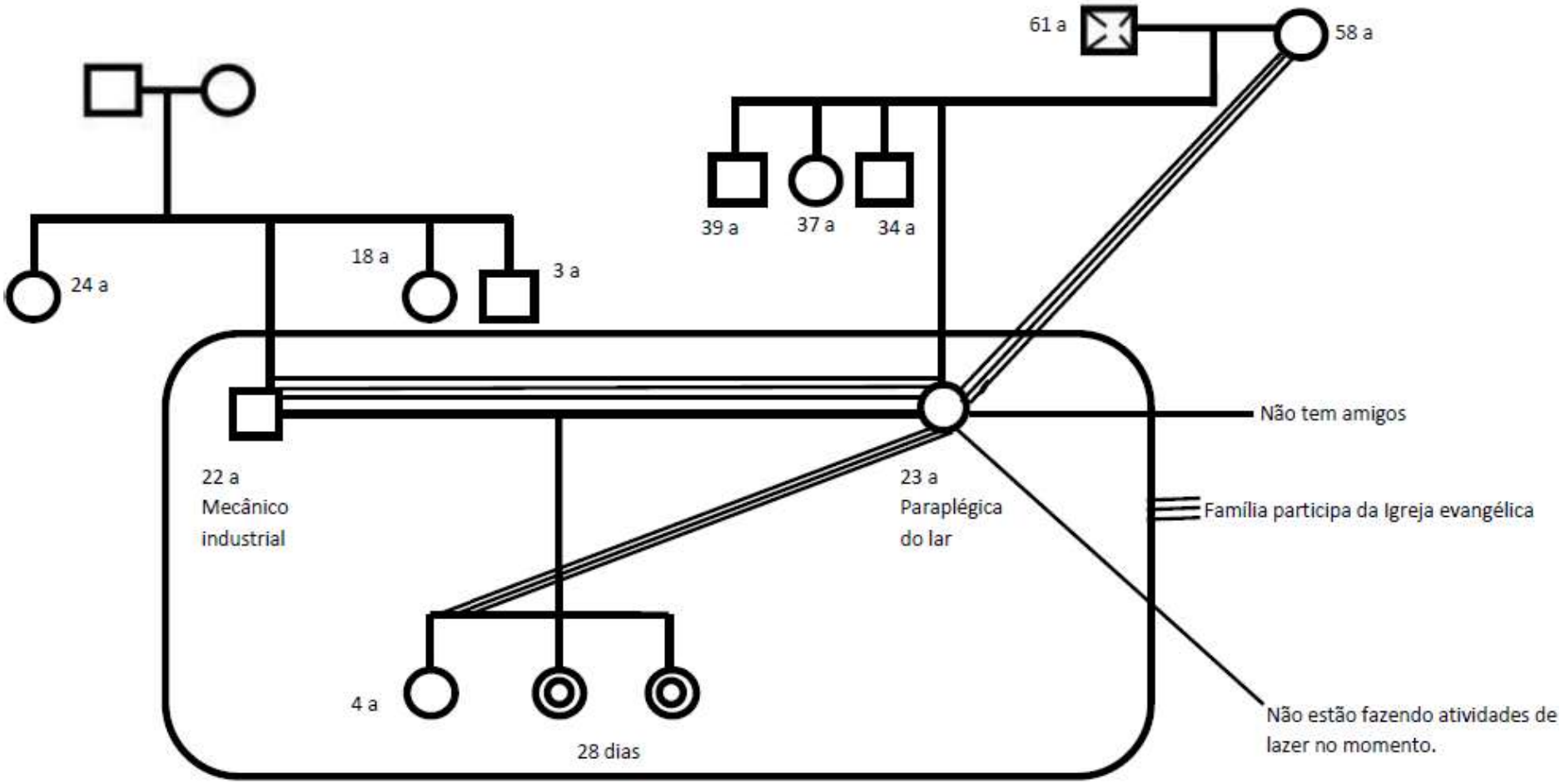
CASO 2


46 a
48 a
> 56 a
56 a
78 a
12 a
25 a
21 a
19 a
28 a
1m 2 d
Trabalha numa fábrica de calçados
Pais do marido moram ao lado e são considerados a rede de apoio
Saem para tomar cerveja ou comer juntos

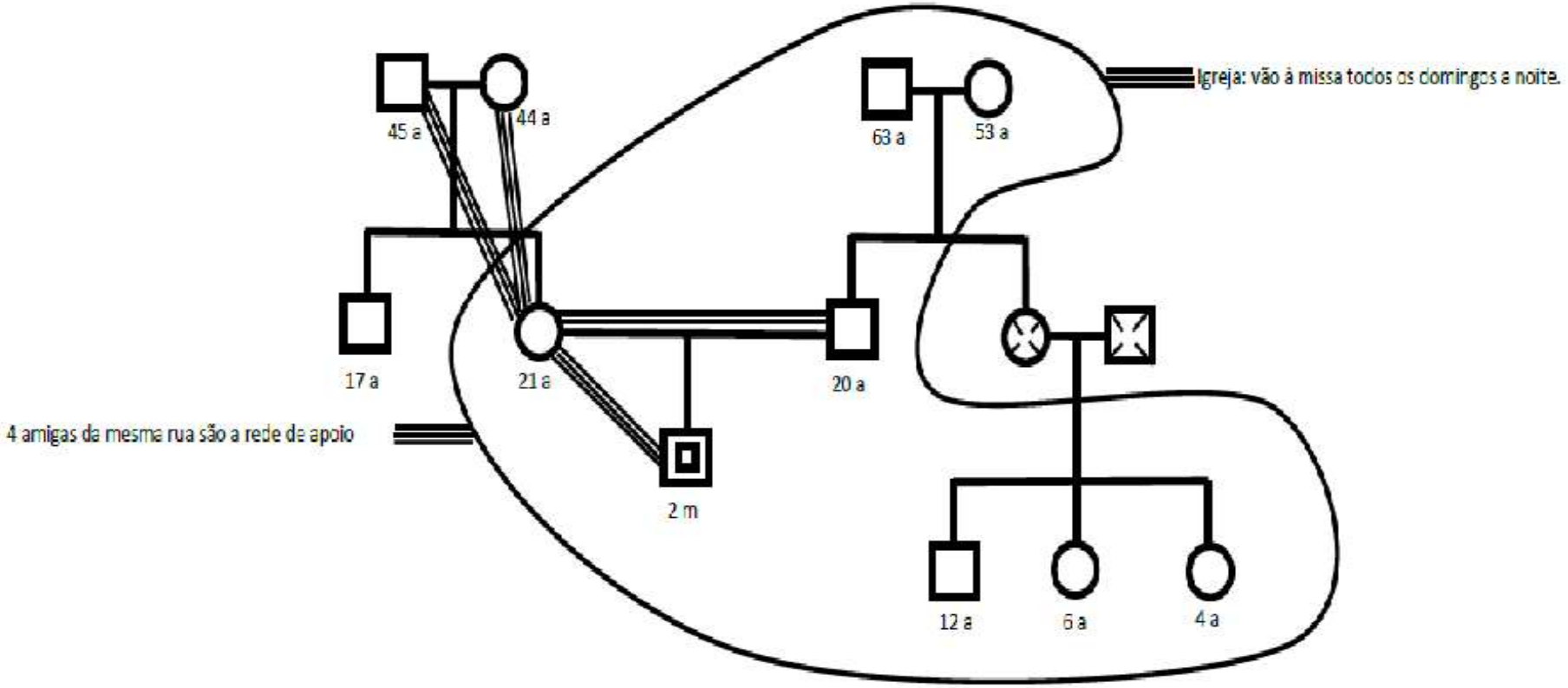
CASO 3


HAS
HAS
Cirurgia
30 a
Gosta do
trabalho
53 a
43 a
Gosta do trabalho
2 meses
Reunião de família
nos finais de semana
A família é evangélica e
participam dos cultos
29 a
20 a
1 a
7 a

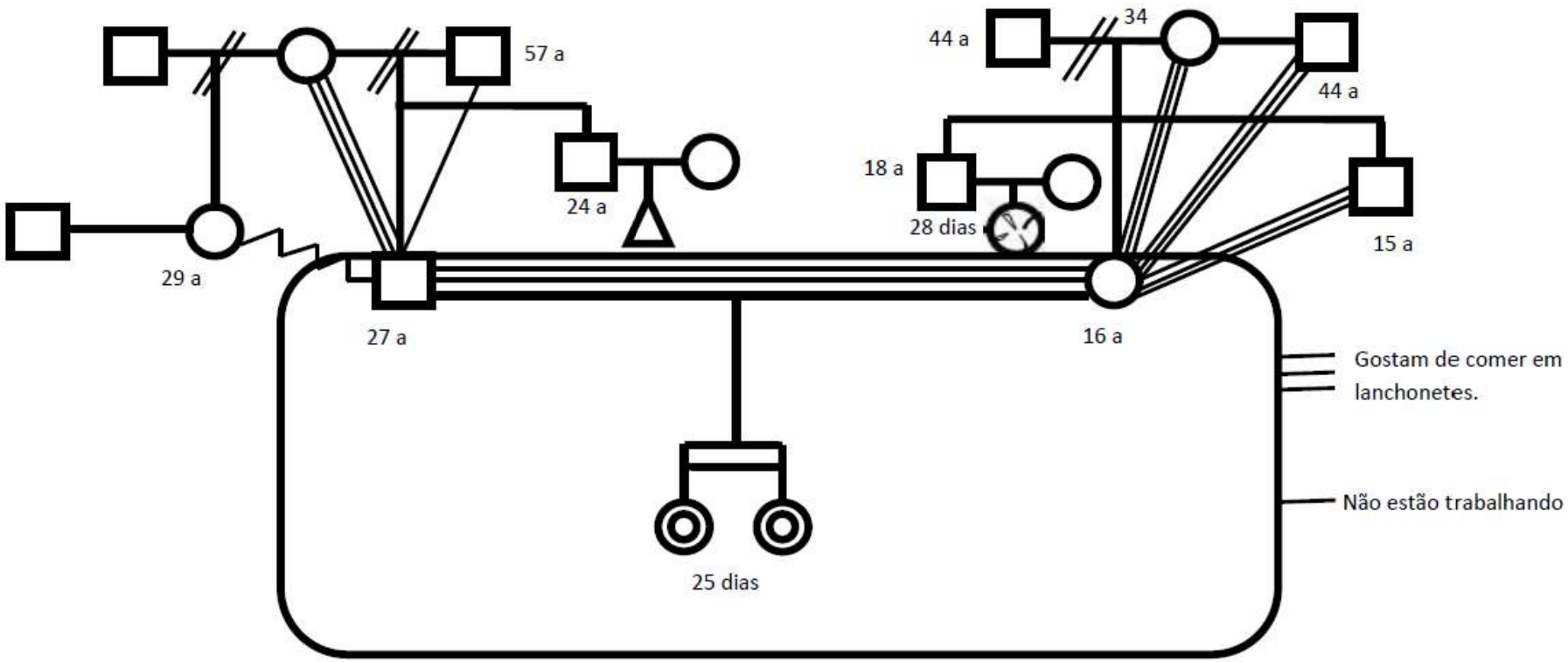
CASO 4


61 a
58 a
39 a
37 a
34 a
24 a
18 a
3 a
22 a
Mecânico
industrial
23 a
Paraplégica
do lar
Não tem amigos
Família participa da Igreja evangélica
4 a
28 dias
Não estão fazendo atividades de
lazer no momento.

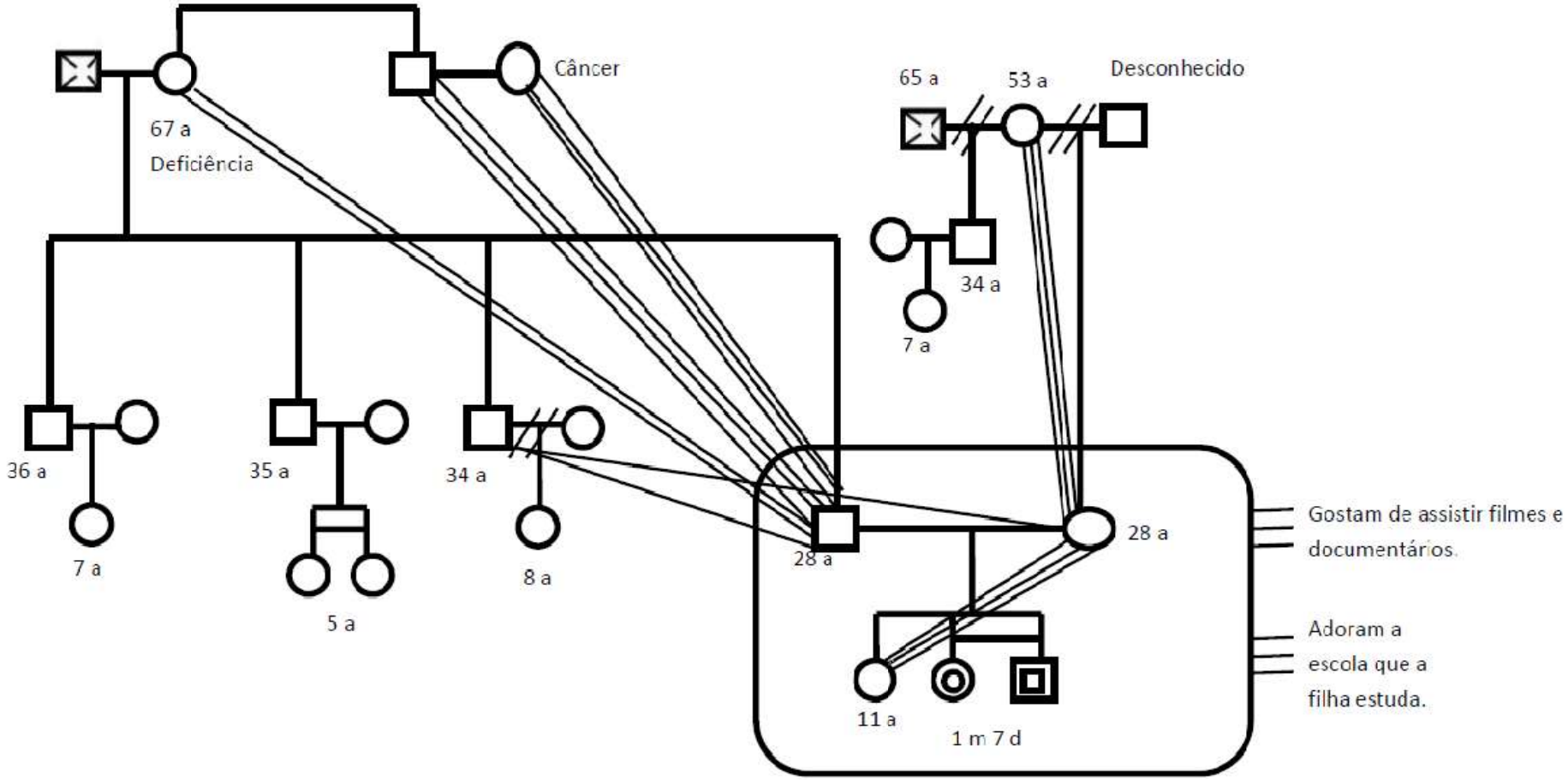
CASO 5


Igreja: vão à missa todos os domingos a noite.
45 a
44 a
63 a
53 a
17 a
21 a
20 a
4 amigas da mesma rua são a rede de apoio
2 m
12 a
6 a
4 a

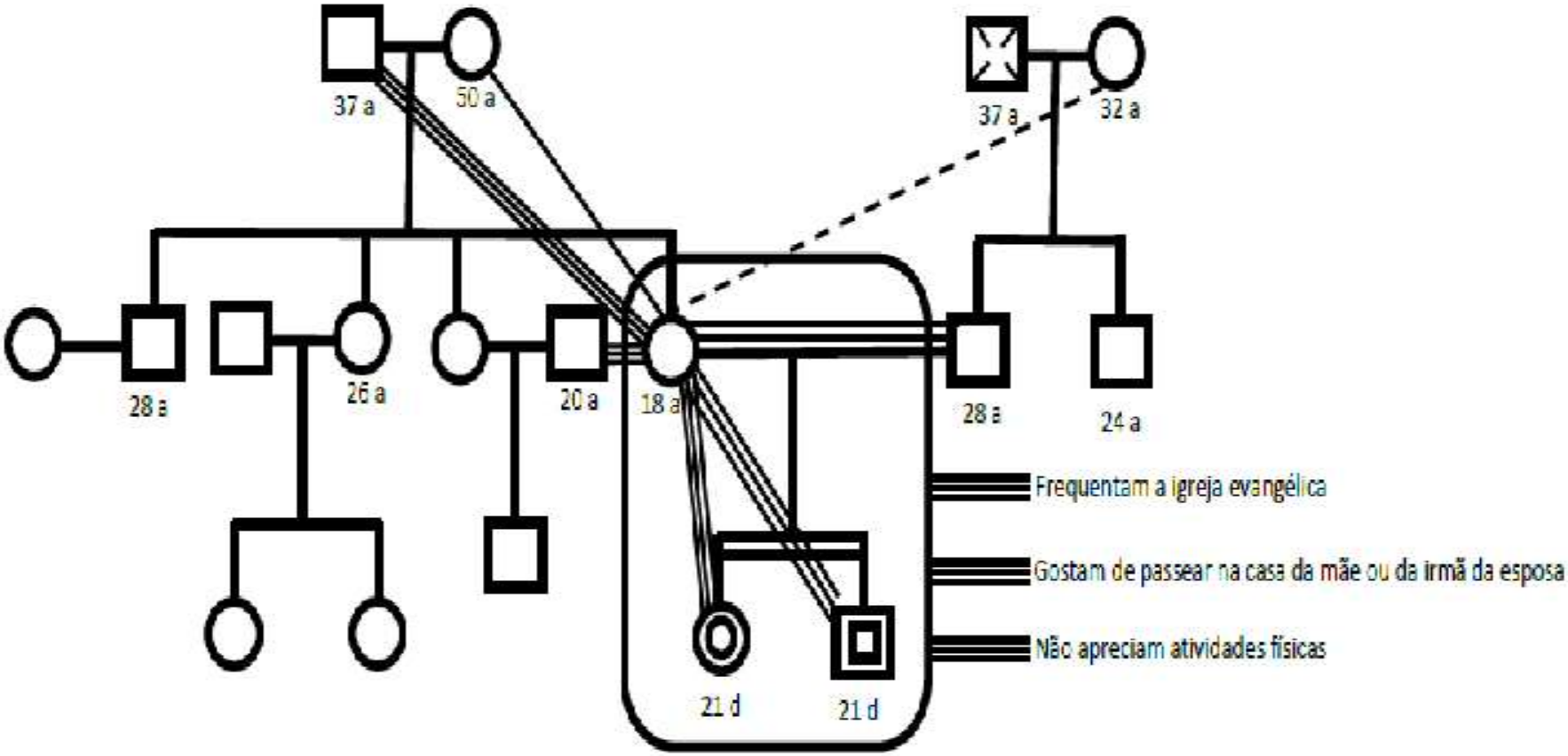
CASO 6


57 a
44 a
34
44 a
24 a
18 a
28 dias
15 a
29 a
27 a
16 a
Gostam de comer em lanchonetes.
Não estão trabalhando
25 dias

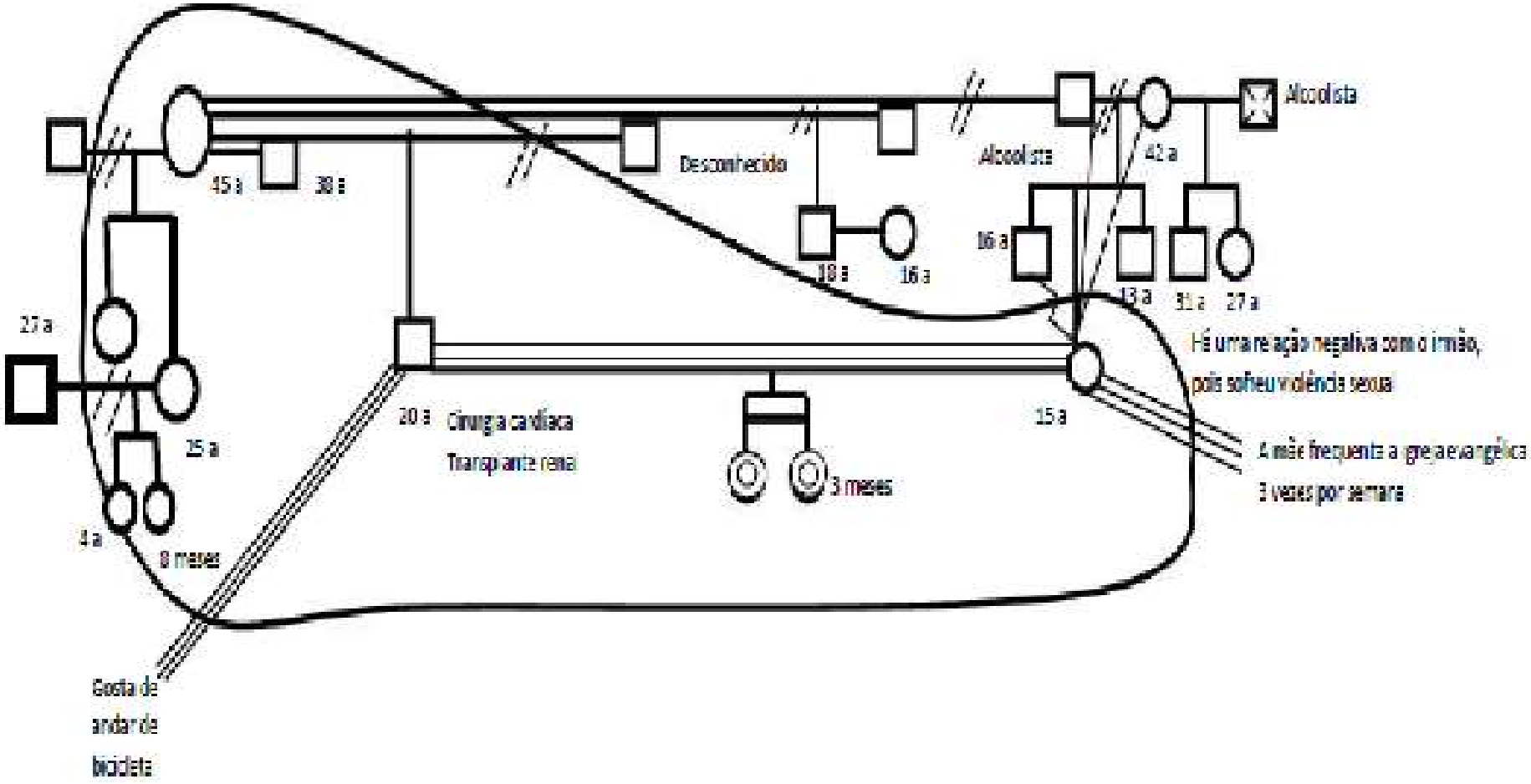
CASO 7


Câncer
67 a
Deficiência
65 a
53 a
Desconhecido
34 a
7 a
36 a
7 a
35 a
5 a
34 a
8 a
28 a
28 a
Gostam de assistir filmes e documentários.
Adoram a escola que a filha estuda.
11 a
1 m 7 d

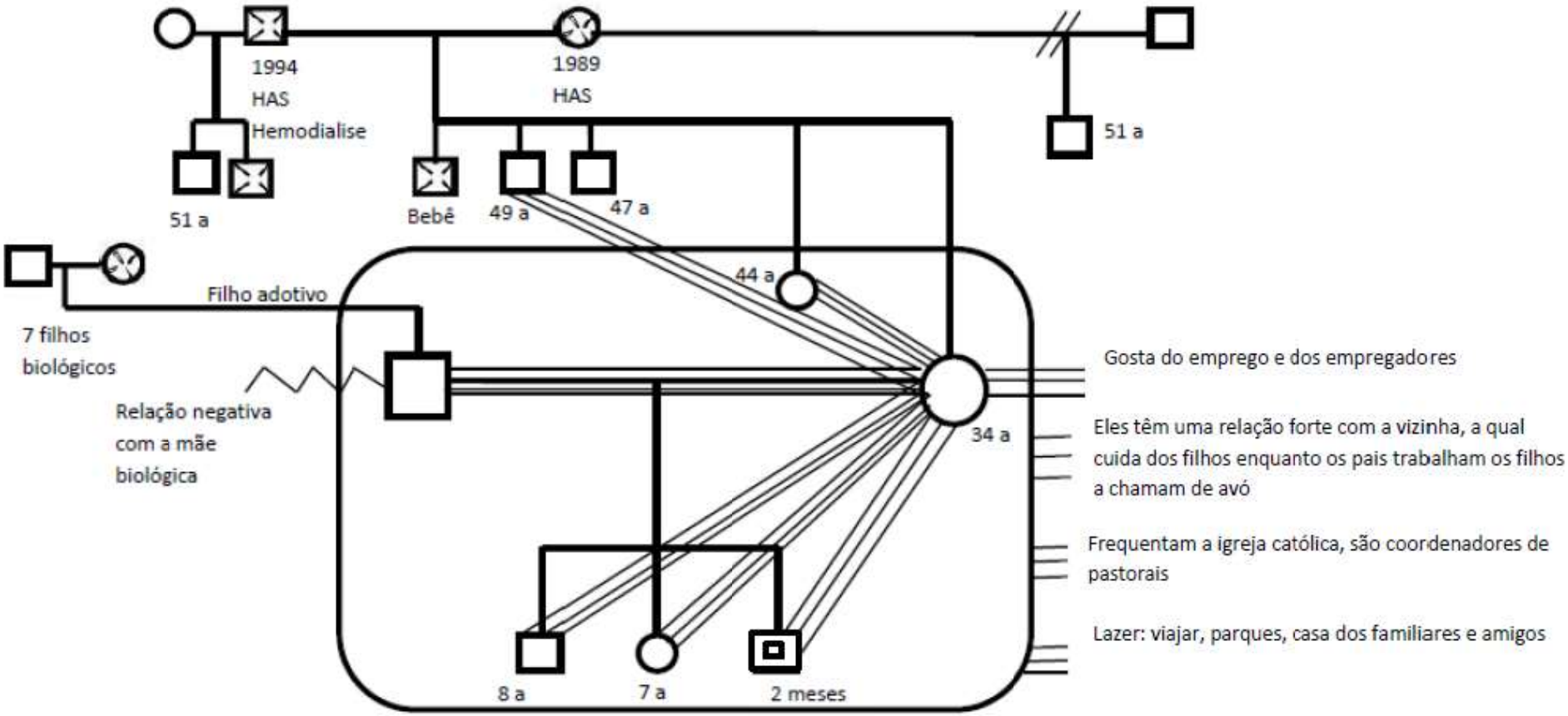
CASO 8


37 a
50 a
37 a
32 a
28 a
26 a
20 a
18 a
28 a
24 a
21 d
21 d
Frequentam a igreja evangélica
Gostam de passear na casa da mãe ou da irmã da esposa
Não apreciam atividades físicas

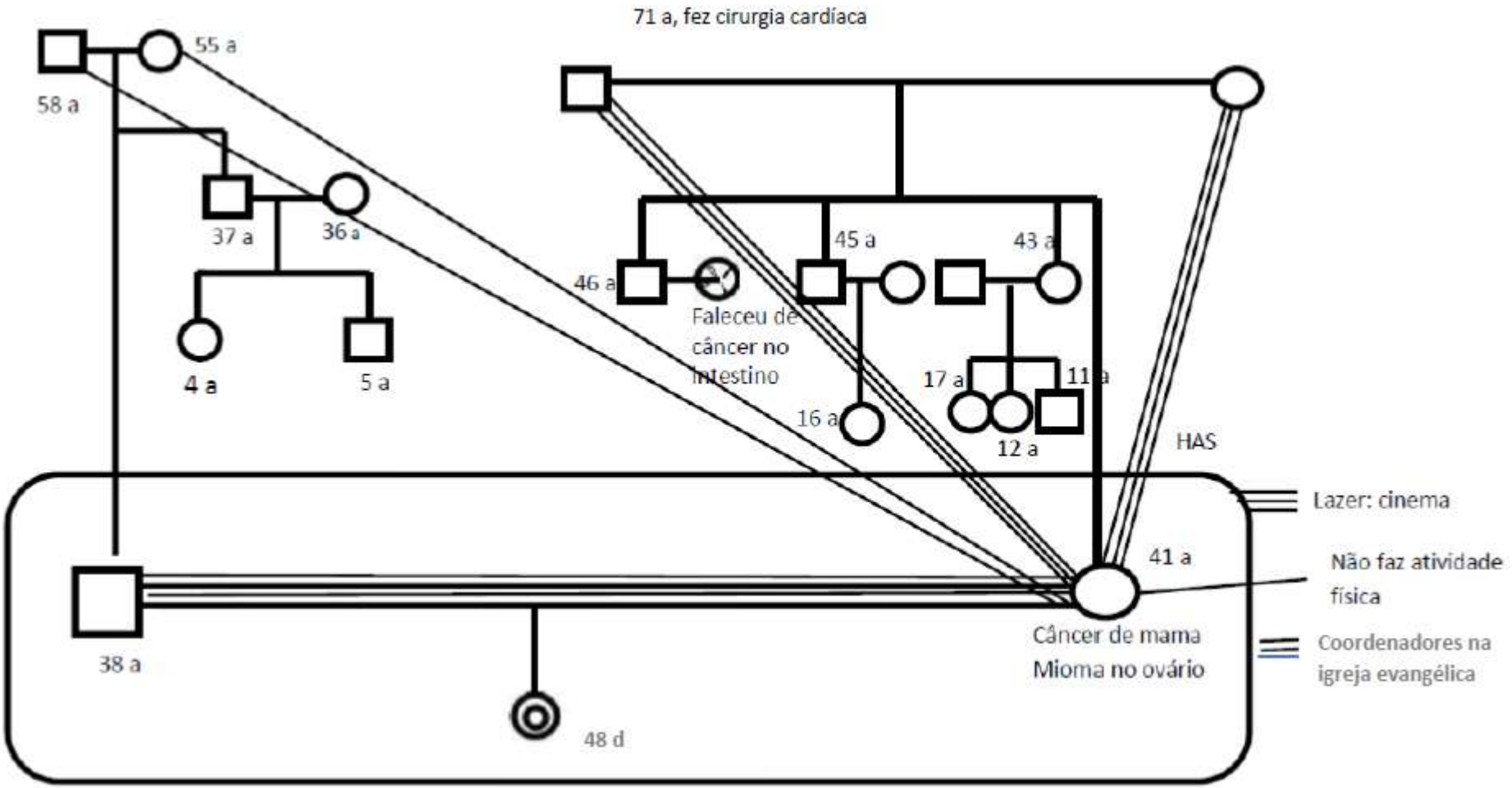
CASO 9


Alcoolista
Desconhecido
Alcoolista
42 a
45 a
38 a
18 a
16 a
16 a
13 a
31 a
27 a
27 a
Há uma relação negativa com o irmão,
pois sofreu violência sexual
25 a
20 a
Cirurgia cardíaca
Transplante renal
15 a
3 meses
A mãe frequenta a igreja evangélica
3 vezes por semana
4 a
8 meses
Gosta de
andar de
bicicleta

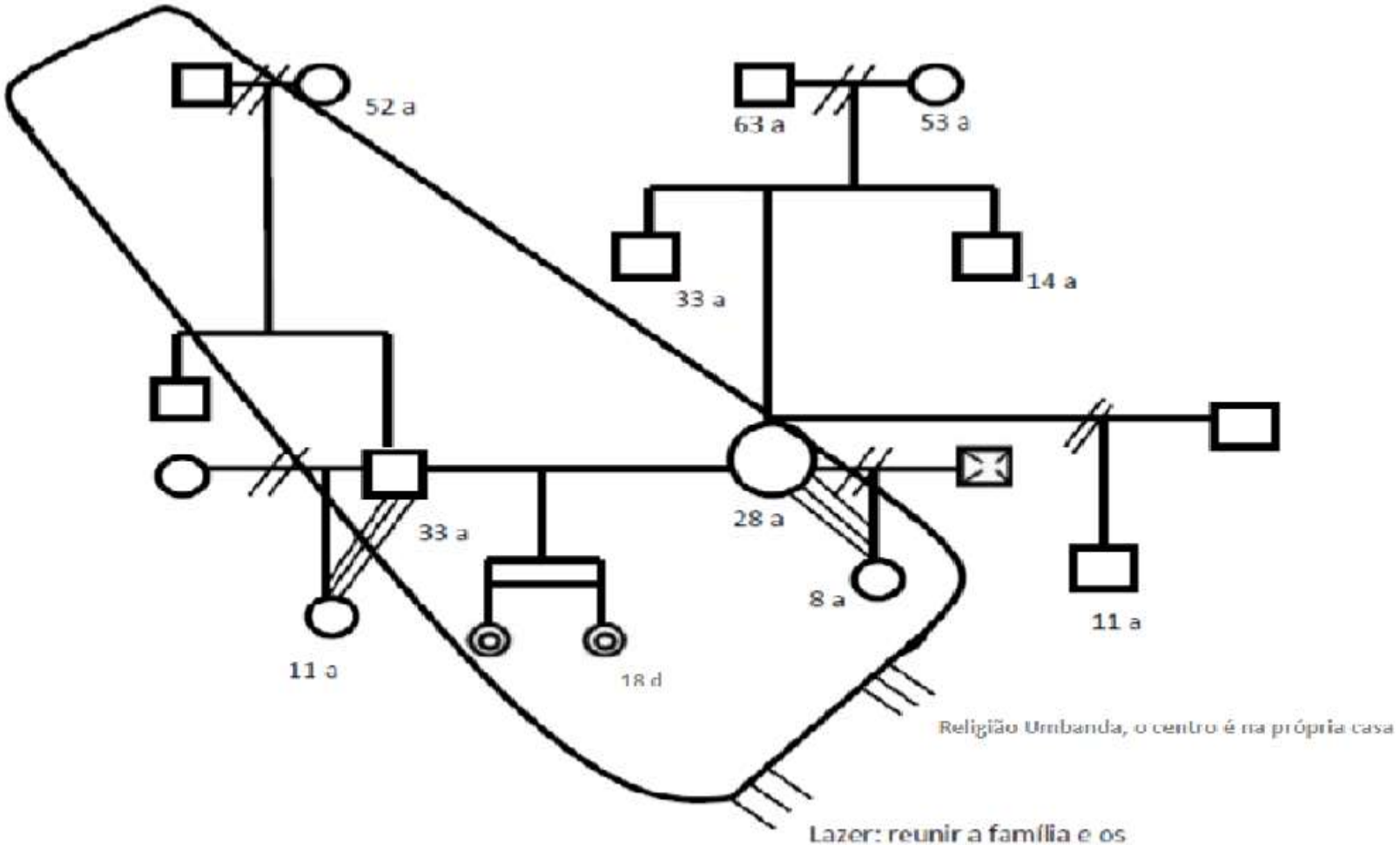
CASO 10


1994
HAS
Hemodialise
1989
HAS
51 a
51 a
Bebê
49 a
47 a
44 a
Filho adotivo
7 filhos
biológicos
Relação negativa
com a mãe
biológica
34 a
Gosta do emprego e dos empregadores
Eles têm uma relação forte com a vizinha, a qual cuida dos filhos enquanto os pais trabalham os filhos a chamam de avó
Frequentam a igreja católica, são coordenadores de pastorais
Lazer: viajar, parques, casa dos familiares e amigos
8 a
7 a
2 meses

CASO 11


71 a, fez cirurgia cardíaca
55 a
58 a
37 a
36 a
4 a
5 a
46 a
Faleceu de câncer no intestino
45 a
43 a
16 a
17 a
11 a
12 a
HAS
Lazer: cinema
41 a
Não faz atividade física
Câncer de mama
Mioma no ovário
Coordenadores na igreja evangélica
38 a
48 d

CASO 12


52 a
63 a
53 a
33 a
14 a
33 a
28 a
8 a
11 a
11 a
18 d
Religião Umbanda, o centro é na própria casa
Lazer: reunir a família e os amigos