

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

**MÉTODO CANGURU: PERCEPÇÃO MATERNA E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO**

LAYSA GABRIELLE SILVA MEDEIROS

SANTOS
2016

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

**MÉTODO CANGURU: PERCEPÇÃO MATERNA E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO**

LAYSA GABRIELLE SILVA MEDEIROS

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dra. Silvia Regina Viodres Inoue

Santos
2016

[Dados Internacionais de Catalogação]

Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

M488m Medeiros, Laysa Gabrielle Silva

Método Canguru: percepção materna e estratégias de enfrentamento. / Laysa Gabrielle Silva Medeiros; Orientador Prof.^a Dr^a. Silvia Regina Viodres Inoue. – Santos: [s.n.], 2016.

98 f. ; (Dissertação de Mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

1. Método Mãe Canguru. 2. Prematuridade. 3. Percepção. 4. Enfrentamento. I. Inoue, Silvia Regina Viodres. II. Universidade Católica de Santos. III. Método Canguru: percepção materna e estratégias de enfrentamento.

CDU 614(043.3)

LAYSA GABRIELLE SILVA MEDEIROS

MÉTODO CANGURU: PERCEPÇÃO MATERNA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Silvia Regina Viodres Inoue

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Silvia Regina Viodres Inoue – UNISANTOS

Prof.^a Dra. Carolina Luiza Alves Barbieri – UNISANTOS

Prof.^a Dra. Regina Yoshie Matsue – UNOCHAPECÓ

DATA DA APROVAÇÃO ___/___/___

SANTOS
2016

“Tudo o que fizerdes, fazei-o de bom coração, como para o Senhor e não para os homens, certos que recebereis, como recompensa, a herança das mãos do Senhor!”

(Cl 3, 23-24)

Com muito carinho e gratidão, dedico este trabalho aos meus amados pais, que me deram o alicerce da vida para a busca do saber, que desde o meu primeiro desânimo souberam me apoiar e apostar nas minhas conquistas.

À vocês dedico minha vida e compartilho a autoria deste trabalho!

AGRADECIMENTOS

À Deus e Nossa Senhora, pelo dom da vida e por guiar meus passos na realização desse mestrado e durante todos os dias de minha vida, dando-me sabedoria, força e discernimento em todos os momentos de tribulações.

Aos meus amados pais, José Gabriel e Lizamarque, pelo investimento constante de amor, confiança e orgulho. Devo a vocês todas as minhas conquistas pessoais e profissionais.

À minha prezada orientadora, Prof^a Dra. Silvia Regina Viodres Inoue, pela generosidade e sensibilidade com que transmite seus valiosos conhecimentos; pelo acolhimento, paciência e doçura desde o primeiro momento que nos conhecemos; pelo carinho, amizade e incentivo ao longo da elaboração desse estudo, enfim, pelo seu exemplo de dedicação profissional. Muito obrigada!

Aos membros da banca, Regina Yoshie, Carolina Barbieri e Silvia Viodres, pelos preciosos ensinamentos acrescentados no crescimento e aprimoramento desse estudo.

Às queridas mães do Alojamento Canguru, que gentilmente, participaram dessa pesquisa junto com seus filhos, pela confiança e disponibilidade em compartilhar suas experiências e sentimentos. Sem a contribuição de vocês não seria possível a realização deste trabalho. Muito obrigada!

Ao meu noivo, pelo apoio e companheirismo em mais uma jornada; pela compreensão e paciência nos meus momentos de ausência.

À minha querida amiga, Airlla, por me ajudar sempre que preciso, e que mesmo longe, me apoiou e incentivou para o êxito desse estudo.

Aos colegas de mestrado, pelos momentos de aprendizagem constante e pela amizade solidificada ao longo desta trajetória.

Aos docentes do Mestrado de Saúde Coletiva por todo o conhecimento transmitido e pelos valiosos ensinamentos que contribuíram imensamente para meu crescimento e formação. Em especial, agradeço à professora Dra. Lourdes Martins, pela amizade, estímulo e apoio em nossa trajetória!

À vocês, meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

MEDEIROS, L. G. S. **Método Canguru: percepção materna e estratégias de enfrentamento**. 2016. 95p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica de Santos, São Paulo, 2016.

Introdução: Em todo o mundo, nascem anualmente 20 milhões de recém-nascidos de baixo peso, em consequência principalmente de partos prematuros. Tal fato configura importante problema de saúde pública refletido nas altas taxas de morbimortalidade neonatal e materna. Os avanços científicos, empregados à terapia intensiva neonatal têm contribuído significativamente para redução das taxas de mortalidade perinatal, promovendo um aumento da chance de sobrevivência dos recém-nascidos de baixo peso e o surgimento de modelos de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado. Dentre essas ações, destaca-se o Método Canguru. **Objetivo:** Analisar as percepções das mães de recém-nascidos pré-termo e/ou baixo peso sobre a segunda etapa do Método Canguru e as estratégias de enfrentamento adotadas por elas, em uma Maternidade Pública no interior da Paraíba. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual foram entrevistadas, no período de maio a agosto de 2015, dez mães que estiveram internadas no Alojamento Mãe Canguru, vivenciando a segunda etapa do método de forma integral junto com seus bebês. Para delimitação do número de participantes foi utilizado como critério a saturação dos dados. Os dados coletados por meio de entrevista semiestruturada, foram analisados através da Análise de Conteúdo de Bardin, na qual emergiram três categorias: Hospitalização do bebê e sentimentos maternos; Alojamento Mãe Canguru: experiências maternas; Vivenciando o Método Canguru. **Resultados:** Com a hospitalização do bebê, as mães enfrentam um período que envolve sofrimento, medo, tristeza, desespero, culpa e raiva, resultando no comprometimento da autoconfiança e autoestima. Entretanto, apesar desses sentimentos, as mães conseguem lidar com as dificuldades, através da religiosidade e/ou apoio familiar. Quanto a estar junto ao bebê no Método Canguru e realizar os cuidados com ele, as participantes relataram estar felizes e satisfeitas, enfatizando a melhora do filho após o uso do método. Para as mães, o método foi uma oportunidade de ter um contato mais íntimo com o filho, mas que também trouxe dificuldades, como a distância e saudade da família. De forma geral, as mães expressaram estar satisfeitas quanto à assistência prestada, o ambiente e funcionamento, com destaque para papel da equipe, que contribuiu para o desenvolvimento da segurança materna. **Considerações Finais:** Este estudo auxiliou na compreensão das experiências maternas e estratégias de enfrentamento no âmbito do Método Canguru, destacando a necessidade de reflexão sobre o papel das mães no contexto do método, considerando-as em sua integralidade e individualidade.

Palavras-chave: Método Mãe Canguru; Prematuridade; Percepção; Enfrentamento

ABSTRACT

MEDEIROS, L.G.S. **Kangaroo Care: maternal perception and coping strategies.** 2016. 95 p. Dissertation (Master of Public Health) - Catholic University of Santos, São Paulo, 2016.

Introduction: Every year, 20 million of newborns born with low weight mainly as a result of premature births. This fact represents an important public health problem that reflects in high rates of neonatal and maternal morbimortality. Scientific advances in neonatal intensive care have contributed significantly to reduce perinatal mortality rates promoting an increase in the survival chance of newborns with low weight and the emergence of perinatal care models that improve the quality of care. One of the most important actions is the Kangaroo Method. **Objective:** Analyze the perceptions of mothers with preterms and/or low weight newborns about the second phase of Kangaroo Method and the coping strategies adopted in a public maternity in the interior of Paraíba. **Methodology:** A qualitative research was developed and were interviewed, from May to August 2015, ten mothers that were hospitalized in a Kangaroo Mother Accommodation experiencing the second stage of the method in integral way with their babies. The Data Saturation criteria was used to limit the number of participants. The data were collected using semi-structured interviews and were analyzed through Bardin's Content Analysis, from which emerged three categories: Baby hospitalization and maternal feelings; Kangaroo Mother Accommodation: maternal experiences; Experiencing the Kangaroo Mother Care. **Results:** With a hospitalized baby, mothers face a period a disturbance period involving suffering, fear, sadness, despair, fault and anger, resulting in impairment on their self confidence and self-esteem. However, despite these feelings, mothers can confront the difficulties through religious and/or family support. About to being close to the baby in the Kangaroo Method and deliver the her care, the mothers reported being happy and satisfied, emphasizing the child's improvement after the use of the method. To the mothers, this method was an opportunity to have a more intimate contact with the baby, but also brought difficulties such as distance and the missing of the family. In a general way, the mothers expressed to be satisfied as to the assistance given, the environment and operation, highlighting the role of staff, which contributed to the development of maternal safety. **Final considerations:** This study helped in understanding the maternal experiences and coping strategies within the Kangaroo Method, highlighting the necessity for reflection on the role of mothers in the context of the method, considering their entirety and individuality.

Keywords: Kangaroo Mother Care; Prematurity; Perception; Coping.

LISTA DE SIGLAS

AHRNBP-MC	Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru.
APGAR	Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
IG	Idade Gestacional
ITU	Infecções do Trato Urinário
KMC	Kangaroo Mother Care
MC	Método Canguru
MMC	Método Mãe Canguru
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
Pubmed	US National Library of Medicine
RN	Recém-Nascido
RN AIG	Recém-Nascidos Adequado para Idade Gestacional
RNBP	Recém-Nascidos de Baixo Peso
RNEBP	Recém-Nascido de Extremo Baixo Peso
RN GIG	Recém-Nascido Grande para Idade Gestacional
RNMBP	Recém-Nascido de Muito Baixo Peso
RN PIG	Recém-Nascido Pequeno para Idade Gestacional
RNPT	Recém-Nascido Pré-termo
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO	World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Categorias e subcategorias de análise emergidas das falas das participantes do estudo	49
-----------------	---	----

SUMÁRIO

CAPITULO 1 - INTRODUÇÃO	14
1. INTRODUÇÃO	15
1.1 História e implantação do Método como Política de Saúde Pública.....	19
1.2 O Método Canguru.....	21
1.3 Prematuridade e baixo peso ao nascer.....	24
1.4 A Mãe e o Bebê Prematuro.....	27
CAPITULO 2 - ENFRENTAMENTO	29
2. ENFRENTAMENTO.....	30
2.1 Conceituação e Estratégias de Enfrentamento.....	30
2.2 Enfrentamento no contexto da Prematuridade.....	32
CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS E MÉTODOS	34
3. OBJETIVOS	35
3.1 Objetivo Geral	35
3.2 Objetivos Específicos	35
4. MÉTODOS.....	36
4.1 Tipo de Estudo	36
4.2 Local de Realização do estudo.....	36
4.3 Participantes.....	38
4.4 Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados.....	39
4.5 Análise de Dados	40
4.6 Aspectos Éticos	41
CAPITULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	43
5.1 Caracterização das Participantes.....	43
5.2 Categorização das Entrevistas.....	50
5.2.1 Categoria 1 – Hospitalização do bebê e sentimentos maternos.....	51

5.2.2 Categoria 2 – Alojamento Mãe Canguru: experiências maternas.....	56
5.2.3 Categoria 3 – Vivenciando o Método Canguru.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS.....	86
ANEXO A - Declaração da Instituição Coparticipante	87
APÊNDICES	88
APÊNDICE A - Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados	89
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	90
APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista Semi-estruturada	92
APÊNDICE D – Termo de Compromisso do Pesquisador	94

CAPÍTULO 01
INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, nascem anualmente 20 milhões de recém-nascidos de baixo peso, em consequência principalmente de partos prematuros e onde destes, um terço morre antes de completar um ano de vida. Tal fato configura importante problema de saúde pública, sobretudo para os países em desenvolvimento, refletido no alto percentual de abandono e altas taxas de morbimortalidade neonatal e materna (BRASIL, 2011a).

Aproximadamente 287 mil mulheres morrem anualmente, no mundo inteiro, decorrente de complicações relacionadas à maternidade, o que representa uma crise na saúde materno-infantil retratada na maior exposição de mulheres e de crianças ao risco de doença e morte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Estudos realizados em diferentes regiões do Brasil mostram que mães pertencentes a grupos socialmente mais vulneráveis recebem assistência pré-natal de menor qualidade, resultando em possíveis problemas no decorrer da gestação e no parto, o que evidencia um grande problema social do Brasil (LIMA, et al. 2013).

No Brasil, a trajetória da saúde materno infantil, passou por várias gestões, de onde todos os programas já elaborados apresentavam um objetivo em comum: diminuir as taxas de morbimortalidade materna e infantil, com ações voltadas para essa finalidade (CASSIANO et al., 2014).

Dentre essas ações, destaca-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), lançado em 2000, pela Portaria/GM nº 569, que teve como componentes estruturadores a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos, com intuito de proporcionar atendimento humanizado e melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e do recém-nascido (BRASIL, 2000).

Dados do Ministério da Saúde apontam que, nas últimas décadas, houve um decréscimo da Razão de Mortalidade Materna (RMM) em 51% e da mortalidade infantil em cerca de 40%. Entretanto, esses coeficientes de mortalidade ainda continuam elevados quando comparados com os níveis de outros países com semelhantes índices de desenvolvimento econômico (BRASIL, 2011d). A redução nos níveis de mortalidade infantil foi acompanhada por reduções menores nos óbitos neonatais e pelo aumento da ocorrência de prematuridade, que é considerada a principal causa de mortes infantis no Brasil (VICTORA et al., 2011).

Atualmente, a mortalidade neonatal no Brasil é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida, tendo como principal causa as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções (BRASIL, 2012).

Contudo, estudos têm revelado que avanços científicos e tecnológicos empregados à terapia intensiva neonatal, bem como a produção de novos conhecimentos, têm contribuído significativamente para redução das taxas de mortalidade perinatal, promovendo um aumento da chance de sobrevivência dos recém-nascidos de baixo peso (RNBP) e uma ampla mudança na forma de cuidado dos mesmos (GOMES, 2004; BRITO et al., 2010; BRASIL, 2012).

Recentemente, tendo em vista proporcionar uma melhoria na assistência à saúde materno infantil, o Ministério da Saúde lançou o programa Rede Cegonha, normatizado pela Portaria nº 1.459, em junho de 2011, que propõe executar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança, garantia de acesso, acolhimento e resolutividade e a redução da taxa de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011).

Segundo Azoulay e Sprung (2004), ao tempo que surgem novas práticas clínicas de atenção à saúde do RN, estudos voltados para o desenvolvimento cerebral e psíquico de recém-nascidos de baixo peso e/ou prematuros vêm apontando a relevância do cuidado clínico, das relações interpessoais entre profissionais e pacientes, bem como a importância da presença familiar no cuidado destes.

Pesquisas apontam que o nascimento prematuro de um bebê pode representar um momento de conflito para a família e ocasionar um desajuste familiar, com reflexo na inabilidade transitória da mãe e do pai em tomarem decisão ou atenderem adequadamente às demandas. Em geral, esta condição pode ocasionar medo, dor, tristeza e constrangimento (BRASIL, 2011c).

Nesse contexto, o papel do profissional de saúde no acolhimento aos pais e familiares, se torna imprescindível para auxiliar no estreitamento do laço afetivo entre pais e filhos que, além de ajudar no reequilíbrio familiar, é condição importante para o desenvolvimento do recém-nascido prematuro e/ou com baixo peso (SILVA, 2014).

Deste modo, tendo em vista uma assistência humanizada à criança, seus pais e à família, assim como uma mudança de postura dos profissionais, o Ministério da Saúde destaca a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru (MC) (BRASIL, 2011a), que consiste em:

Um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas, que parte dos princípios da atenção humanizada; que reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo; que permite um controle térmico adequado; que contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; que reduz o estresse e a dor do recém-nascido; que aumenta as taxas de aleitamento materno; que melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido; que propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; que possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar; que reduz o número de reinternações.

Outros estudos reforçam que o Método Canguru favorece o estabelecimento do vínculo pais-filho com interações mais positivas, além de melhorar o ciclo do sono e diminuir o choro, aumentar o ganho de peso, promover/intensificar a amamentação, diminuir a ansiedade parental, o tempo de internação e o risco de infecção, o que contribui para redução da morbimortalidade neonatal (CRUVINEL, MACEDO, 2007; BRASIL, 2011a).

Ao passo que um bebê se desenvolve no útero da mãe, também se desenvolve no imaginário dos seus pais que o espera. Com o nascimento prematuro, interrompe-se esse desenvolvimento, gerando assim, sentimentos de medo e insegurança para os mesmos (SANTOS, et al., 2013).

Segundo Spehar (2013), as primeiras vivências maternas com o recém-nascido prematuro são seguidas de inúmeras situações estressoras, que envolvem a hospitalização do filho, o temor de cuidar de um bebê tão frágil, até o medo de perdê-lo. Para Padovani (2005), a estabilidade emocional da mãe é ponto expressivo para obtenção de um maior êxito do Método Canguru.

Assim, se faz importante conhecer as particularidades, as vivências e as dificuldades dessas mães no contexto da prematuridade e de uma unidade de neonatologia, tendo em vista colaborar para uma assistência humanizada e efetiva a estas mães, bem como, a aquisição de estratégias de enfrentamento mais adaptativas e a redução do sofrimento emocional das mesmas (PINTO et al., 2009).

Neste sentido, o Ministério da Saúde (2000) enfatiza que, apesar da assistência ao Método Canguru ser desenvolvida com base nas necessidades do bebê, a norma brasileira contempla a atenção humanizada aos integrantes do método, isto é, a mãe, filho, família e profissionais envolvidos.

Segundo Bernardo e Zucco (2015) a Política de AHRBP-MC destaca claramente a associação do cuidado em saúde com a família, onde a mulher/mãe, em especial, é requisitada pelas instituições a permanecer e acompanhar seu bebê durante o período de internação, em razão da recuperação e desenvolvimento do recém-nascido através do Método Canguru.

Entende-se que, os benefícios possibilitados pelo Método Canguru ao recém-nascido e à relação mãe-bebê-família são largamente discutidos e reconhecidos pela literatura (Lelis, 2014; Costa et al., 2014; Brasil, 2013; Sá, 2011; Moreira, 2009; Costa & Monticelli, 2005; Toma, 2003). No entanto, o que se questiona é a escassa discussão sobre as possibilidades e limitações dos sujeitos envolvidos na adesão do método canguru, em especial a mulher/mãe.

A experiência profissional como fisioterapeuta assistencial em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal me motivou a estudar esse tema a partir da preocupação com a longa permanência das mães na unidade, em especial, no alojamento conjunto mãe canguru, tendo em vista a nova realidade que elas enfrentavam ao ficarem longe dos seus lares, famílias, de outros filhos, além de terem que lidar com sentimentos de medo, ansiedade e incertezas quanto à saúde do bebê internado. Logo, essas mães precisam se adaptar e integrar a esse ambiente, às condições de normas e rotinas. No entanto, essa não é uma tarefa simples, uma vez que o foco ainda hoje nas unidades é voltado aos aspectos biológicos de cuidar do recém-nascido.

Assim, apesar de termos encontrado vários estudos sobre a temática, observamos que o foco de investigação dos artigos são os benefícios do Método Canguru para o RN prematuro e/ou de baixo peso ao nascer, apresentando a mãe/mulher como a protagonista da ação, mas que tem invisibilizada sua condição como sujeito em diversas dimensões da experiência do feminino.

No levantamento da produção bibliográfica realizada na base de dados do SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), no período de 2003 a 2014 e utilizando como descritor Método Canguru/Método Mãe Canguru foram encontrados 51 artigos, sendo 50 nacionais e 01 colombiano, referentes ao Método Canguru, onde

desses, 11 abordavam a percepção/vivência materna e/ou familiar com o método e 02 abordavam o enfrentamento materno e familiar.

Na Pubmed (*US National Library of Medicine*) utilizando o descritor *Kangaroo Mother Care Method*, foram identificados, nos últimos cinco anos, 128 artigos sobre a temática, e desses, 09 tratavam da experiência e estresse das mães que participavam do Método Canguru.

Sendo assim, na busca por construir uma prática integral e humanizada à atenção materno-infantil, tendo a voz da mãe-mulher como eixo principal, esta investigação tem como objetivo analisar as percepções das mães de recém-nascidos pré-termo e/ou baixo peso sobre a segunda etapa do Método Canguru e as estratégias de enfrentamento adotadas por elas, em uma Maternidade Pública no interior da Paraíba.

1.1 História e implantação do Método como Política de Saúde Pública

O Método Canguru (MC), também denominado Método Mãe Canguru (MMC), foi idealizado na Colômbia no ano de 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, pelos Dr. ReysSanabria e Dr. Hector Martinez, como proposta de melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo naquele país (CARVALHO, PROCHNIK, 2001; HENNIG, et al. 2010; BRASIL, 2011a).

Segundo os mesmos autores, os recém-nascidos prematuros e de baixo peso estavam sujeitos a uma situação crítica de superlotação, de elevadas taxas de mortalidade perinatal por infecções cruzadas e pela ausência de recursos tecnológicos. Com isso, os médicos colombianos buscaram promover, através do contato pele a pele precoce entre a mãe e o seu bebê, maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento.

Guimarães e Monticelli (2007) destacaram que, anteriormente à criação do Método Canguru, os serviços de neonatologia não consentiam visitas e a mãe só tinha contato com seu filho no momento da alta hospitalar, o que poderia ser adiado por meses. Em sua concepção o método pretendia suprir a escassez de recursos materiais e financeiros, o que impedia que os bebês ficassem integralmente nas incubadoras; posteriormente observaram os benefícios do método no desenvolvimento dos bebês (MOREIRA et al., 2009).

Pautado nos resultados positivos obtidos e relatados por diversos autores na literatura científica internacional, o Método Mãe Canguru passou a ser amplamente divulgado pela UNICEF. Isto, juntamente com a experiência colombiana levou outros países a aderirem ao método, que internacionalmente passou a ser denominado *Kangaroo Mother Care* (KMC) (LAMY FILHO et al., 2008).

No Brasil, os primeiros serviços que desenvolveram o Método Canguru foram o Hospital Guilherme Álvaro em Santos, SP (1992) e do Instituto Materno-Infantil em Recife, PE (1993). A partir dessas experiências, vários outros hospitais brasileiros começaram a adotar o método canguru, porém nem sempre com estrutura e parâmetros adequados (LAMY et al., 2005).

No entanto, com o intuito de padronizar esse tipo de cuidado, melhorando a eficiência e a eficácia do Método Canguru, em dezembro de 1999, o Ministério da Saúde, em parceria com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), e a Fundação Orsa lançaram a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP-MÉTODO CANGURU) (HENNIG et al., 2010). Esta, publicada em 2000, através da Portaria SAS/MS nº 693, introduz o Método Canguru na Política Governamental de Saúde Pública, no Brasil, como um procedimento de assistência médica, com inclusão na tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (VERAS, YEPÉZ, 2010).

O Ministério da Saúde lançou em 2002, a primeira edição do Manual Técnico do Método Canguru que visa o treinamento das profissionais de saúde para atuar no programa, como forma de contribuir para a disseminação e ampliar sua implantação (BRASIL, 2002). No período de agosto de 2000 a dezembro de 2002, foram realizados 59 cursos de capacitação com um total de 1.850 profissionais, de 269 maternidades, capacitados no método (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Em 2007, entrou em vigência a Portaria do Ministério da Saúde nº 1683, que revogou a anterior (nº 693) e atualizou as normas de orientação para a implantação do Método Canguru. Recentemente, o Ministério da Saúde lançou a 2ª edição do Manual Técnico do Método Canguru, com base na Portaria MS nº 1683 de 2007.

A aplicação do método no Brasil utiliza o termo Método Canguru, em vez de Método Mãe Canguru. Esta mudança na terminologia pretende destacar a participação não somente da mãe nos cuidados com o recém-nascido, mas também do pai e outros familiares nesses cuidados (LAMY et al., 2005; BRASIL, 2011a).

Em 24 de julho de 2011 entrou em vigor a Portaria nº 1.459 do Ministério da Saúde, que insere o Método Canguru no conjunto de estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) denominada Rede Cegonha (BRASIL, 2011), que:

“Visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como a criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (Art.1º).

De acordo com a vivência materna em instituições que adotam o cuidado tradicional de assistência ou que utilizam o Método Canguru, autores apontam que as mães avaliam o contato pele a pele e a participação nos cuidados como fundamentais para a construção da auto-imagem como mãe, de maneira a influenciar na expectativa materna em relação ao período pós-alta e a projetos de vida para o bebê. Já as mães do modelo tradicional apresentam-se mais influenciadas pelo medo do bebê adoecer e preocupações como medo de visitas, de morte súbita e de doenças incuráveis (LAMY et al., 2011).

As políticas voltadas à atenção materno-infantil visam à instituição de mudanças na atenção ao recém-nascido de baixo peso, demonstrando, frequentemente, a importância das práticas de humanização que ofereçam melhorias do cuidado ao bebê e sua família, assim como, da qualidade e vínculo estabelecido entre profissionais e usuários (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012).

1.2 O Método Canguru

O Método Mãe Canguru é definido como modelo de assistência perinatal que implica no contato pele a pele¹ precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado do recém-nascido. O contato pele a pele, no Método Canguru, inicia com o toque evoluindo até a posição canguru (BRASIL, 2011b).

Para Nyqvist et al. (2010), o método refere-se a um cuidado neonatal que permite ao recém-nascido e seus pais uma maior interação e apego durante a

¹ Contato pele a pele: significa colocar o recém-nascido, ligeiramente vestido, diretamente sobre o tórax da sua mãe ou pai, em decúbito prono e posição vertical, contra o peito do adulto.

hospitalização, viabilizando a mudança da crise do nascimento prematuro e internação em uma experiência satisfatória.

Segundo a atualização da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP-MC), a posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele a pele, junto ao peito dos pais ou de outros familiares e deve ser realizada de maneira orientada e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada (BRASIL, 2011a).

O Método Canguru na Colômbia, onde se originou, enfatiza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê, sendo predominantemente domiciliar, ou seja, não tem unidade canguru hospitalar. A fase hospitalar do método visa preparar a díade para a prática no domicílio, com ênfase no aleitamento materno, no reconhecimento de sinais de alerta do bebê e a alta precoce (LAMY et al., 2005).

Segundo os mesmos autores, o objetivo e aplicação do Método Canguru divergem em diferentes países. Na Europa, o método está direcionado às unidades neonatais e não são encontradas descrições de práticas domiciliares. Já em regiões menos favorecidas, como na África, o Método Canguru é referido como estratégia de substituição de tecnologia e de incentivo ao aleitamento materno.

O método brasileiro caracteriza-se pelo desenvolvimento em três etapas interligadas, onde a primeira etapa inicia-se com o pré-natal de alto-risco, seguido da internação do recém-nascido de baixo peso e/ou prematuro, onde a mãe e familiares recebem orientações específicas (GONTIJO, XAVIER, FREITAS, 2012).

Caso o recém-nascido necessite permanecer na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e/ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), algumas práticas devem ser iniciadas, como: acolher os pais e a família na unidade neonatal; orientar sobre o estado clínico do RN e sobre o funcionamento da unidade; estimular a entrada dos pais nesses locais e estabelecer contato pele a pele precoce com o bebê, de forma gradual e crescente, de maneira segura e agradável para ambos; trabalhar o estímulo à lactação e à participação dos pais nos cuidados com o bebê; garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor (BRASIL, 2011a).

Na segunda etapa do método, o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe na enfermaria canguru, e a posição canguru deve ser realizada pelo maior

tempo possível. Essa fase exige estabilidade clínica da criança, ganho de peso regular e segurança materna, não sendo determinada a obrigatoriedade de tempo na posição canguru (HENNING et al., 2006).

Já a terceira etapa consiste na alta hospitalar e exige acompanhamento ambulatorial criterioso do bebê até que este alcance o peso de 2.500g e de sua família (HENNING et al., 2006). Para isto, alguns critérios são preconizados: mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares cientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê; compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível; peso mínimo de 1.600g; ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta; sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família capacitada para realizarem a complementação (BRASIL, 2011a).

O programa de assistência do Método Canguru preconiza a aproximação entre o bebê e seus pais, com o livre acesso dos mesmos as unidades de cuidado, estímulo à colocação do bebê em posição canguru o maior tempo possível, incentivo à comunicação entre pais-bebê e participação dos cuidados, sempre que possível. Além disso, os pais devem receber orientações sobre como identificar sinais comportamentais de estabilidade e instabilidade do bebê (NYQVIST et al., 2010b).

O primeiro estudo que avaliou as respostas fisiológicas da Posição Mãe-Canguru, realizado no Brasil, mostrou que a frequência cardíaca, a saturação de oxigênio e a temperatura axilar dos bebês submetidos à Posição Mãe-Canguru foram mais elevadas em comparação com o mesmo período de tempo que estavam na incubadora em decúbito ventral elevado (MILTERSTEINER et. al, 2003).

Segundo Almeida et. al. (2010), o Método Canguru é fator facilitador do aleitamento materno exclusivo para recém-nascidos de baixo peso tanto na maternidade quanto ao longo dos primeiros seis meses de vida. Os prematuros submetidos ao método apresentam, ainda, melhor sucção e menor tempo de internação do que os submetidos aos cuidados convencionais (FURLAN, 2003).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, 2011a) destaca as vantagens do Método Canguru: favorecer o vínculo mãe-filho; melhorar a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido de baixo peso; estimular o aleitamento materno; contribuir para controle térmico adequado e para a redução do risco de infecção hospitalar; reduzir o estresse e dor dos RN de

baixo peso e possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar.

Outros estudos ressaltam ainda os benefícios do Método Canguru para os pais de bebê prematuro, mas principalmente para a mãe, como: redução dos sintomas maternos de depressão pós-parto, do estresse, ansiedade e da percepção de dificuldade da mãe; restabelecimento parental da crise de nascimento prematuro, maior interação e promoção do apego entre mãe e bebê e aumento da sensibilidade dos pais aos sinais do filho (BRASIL, 2007, 2011a; LAMY et al., 2005; NYQVIST et al., 2010).

Segundo Tallandini e Scalembra (2006), as mães de recém-nascido prematuro que vivenciam o Método Canguru apresentam melhor interação com seu bebê, redução do estresse emocional materno, melhor habilidade do bebê de fazer requisições e responder à interação.

Pesquisas realizadas com mães que vivenciaram o método canguru mostraram que realizar a posição canguru contribui no aprendizado da maternagem, na identificação dos sinais comportamentais de seu bebê, facilitando o cumprimento de condutas maternas para melhorar o conforto do filho (HALL, KIRSTEN, 2008; LAMY et al., 2005).

1.3 Prematuridade e Baixo Peso ao nascer

De acordo com revisão publicada no *Bulletin of the World Health Organization*, nascem a cada dia, em nível mundial, cerca de 13 milhões de prematuros (10% dos nascimentos). O levantamento indicou ainda que, em alguns países desenvolvidos a taxa de nascimentos prematuros variou de 5% a 7% e na América do Sul esta taxa foi de 7,9% (BECK et al., 2010).

No Brasil, a prematuridade é um dos fatores determinantes mais importantes da mortalidade infantil. Segundo o Ministério da Saúde, 7,2% dos nascidos vivos foram pré-termo em 2010, variando entre 5,6% e 8,2% nas regiões Norte e Sudeste, respectivamente, e 0,8% foi pós-termo. Quanto ao baixo peso ao nascer, a taxa está em torno de 8% no País: 7,9% em 1996, 8,2% em 2007 e 8,4% em 2010. A prevalência é maior no Sudeste (9,2%) e Sul (8,7%) (BRASIL, 2014).

Ainda conforme esses dados, o peso < 1.500 g representou 27,9% e 42,1% dos óbitos infantis nas regiões Norte e Sul, respectivamente, o que reforça a

importância da organização do sistema de assistência de saúde à gestante e ao RN de risco (BRASIL, 2014). Com base nesses achados, compreende-se o crescente número de internações de recém-nascidos em berçários hospitalares, também conhecidos por Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), e nas Unidades de Terapias Intensivas Neonatais (UTIN) (SILVEIRA et al., 2009).

O período neonatal compreende os primeiros 28 dias de vida após o nascimento. A Organização Mundial de Saúde – OMS (1961) considera recém-nascido pré-termo (ou prematuro) aquele nascido com idade gestacional (IG) menor que 37 semanas, podendo ser ainda subdividido em: prematuro limítrofe - com idade gestacional entre 35 e 36 semanas; prematuro moderado - entre 30 e 34 semanas; e prematuro extremo, com idade gestacional abaixo de 30 semanas (MARGOTO, MOREIRA, 2011).

A partir da Idade Gestacional (IG) x Peso, o recém-nascido pode ser classificado como: recém-nascido adequado para idade gestacional (AIG), onde o peso ao nascer está entre o percentil 10 e o percentil 90 para curva de crescimento intra-uterino; recém-nascido pequeno para idade gestacional (PIG), onde o peso ao nascer está abaixo do percentil 10 para curva de crescimento intra-uterino; e recém-nascido grande para idade gestacional (GIG): peso acima do percentil 90 para curva de crescimento intra-uterino (BRASIL, 2011b).

Quanto ao peso, o recém-nascido pode ser classificado como: baixo peso ao nascer (RNBP) quando apresenta de 1501 e 2.500 gramas; muito baixo peso (RNMBP) com peso entre 1.000 e 1.500 gramas e recém-nascido de extremo baixo peso (RNEBP) com peso inferior a 1.000 gramas (MARGOTO, MOREIRA, 2011).

Estudos têm evidenciado os fatores de risco relacionados à prematuridade, destacando-se os fatores ambientais, que quando desfavoráveis no período pré-natal, atuam na condição da mãe e do bebê, acarretando o nascimento prematuro. Os principais fatores que predisõem a prematuridade compreendem: idade materna, nutrição materna, hipertensão arterial, tabagismo, drogas e radiação, afecções e distúrbios maternos, fator Rh incompatível, gestação múltipla, estresse materno e intercorrências perinatais (COHEN, 2014; OTONI, GRAVE, 2014; GILBERT et al., 2013; PATRA et al., 2011; ASSUNÇÃO, 2010; BEHRMAN, BUTLER, 2007).

Os recém-nascidos prematuros apresentam um alto risco de óbito e adoecimento, dado seu desenvolvimento fetal incompleto e uma maior

suscetibilidade às infecções, agravadas pelo longo período de permanência nas unidades neonatais (SILVA, et. al., 2009).

O aprimoramento da neonatologia, os avanços das técnicas voltadas aos cuidados neonatais e perinatais, bem como o desenvolvimento de unidades de terapia intensiva neonatal tem contribuído para um aumento na sobrevida dos recém-nascidos prematuros e/ou baixo peso (CASTRO, 2007; DALZIEL et al., 2007; SANTANA et al., 2013).

Pesquisas apontam que juntamente com esse aumento da sobrevida dos recém-nascidos pré-termos, surgem diversas complicações em consequência dessas condições, como: lesões cerebrais, cardiorrespiratórias, gastrointestinais, além de problemas cognitivos, motores, de comportamento, linguagem, aprendizagem, déficits neuropsicológicos e de integração visual/motora, dentre outros (FORMIGA, LINHARES, 2009; HAGBERG, JACOBSSON, 2005).

Assim, com suas propriedades físicas e funcionais imaturas, o recém-nascido, pode sofrer, à longo prazo, complicações como: displasia broncopulmonar, retinopatia da prematuridade e danos cerebrais, comprometendo sua qualidade de vida (SEKI, BALIEIRO, 2009).

Para os mesmos autores, o recém-nascido prematuro sofre uma interrupção do seu processo de organização do crescimento, podendo afetar o desenvolvimento sensorial, visto que o ambiente extrauterino, como a UTIN, não possui o adequado isolamento e suporte fornecidos pelo útero da mãe, deixando-o assim exposto a estímulos nociceptivos excessivos.

Segundo Linhares (2009), além da fragilidade clínica, o RNPT hospitalizado passa por eventos estressores e dolorosos, como: luz forte e constante, ruído intenso e procedimentos invasivos, manipulações constante, múltiplas medicações, além da restrição do contato direto com a mãe e amamentação, que podem refletir no desenvolvimento apropriado de seu sistema nervoso central e na maturação do padrão de sono e vigília.

Contudo, autores destacam, ainda, a importância do cuidado voltado à família do bebê, em especial a mãe, visto que esta enfrenta sentimentos inesperados e/ou indesejados com o nascimento prematuro (BOTELHO et al., 2012).

1.4 A mãe e o bebê prematuro

No período gestacional a maior parte das mulheres passa por uma variedade de sentimentos, que vão desde a alegria de ser mãe à ansiedade e medo da chegada inesperada de um filho prematuro, com alguma afecção congênita ou decorrente de um parto com intercorrências. Nesse período a mãe idealiza o momento de tocar e acariciar seu filho saudável, de voltar para seu lar com ele, porém com o nascimento prematuro, esses desejos acabam sendo adiados e as idealizações construídas desfeitas (SANTOS, FARIA, VICENTE, 2007; ARRUDA, MARCON, 2007).

Comumente, o parto prematuro acontece de forma inesperada e isso faz com que a mãe não esteja preparada psicologicamente, tendendo a reagir de variadas formas a essa situação, seja com uma fuga da situação ou procurando vivenciar e aprender mais com essa nova realidade (BOTELHO et al., 2012).

De acordo com estudos, pais de recém-nascidos prematuros mencionam o período de hospitalização do filho como sendo uma experiência que acarreta sofrimento, tristeza, medo, culpa, mas que com o passar do tempo, os mesmos veem o serviço como um sinal de recuperação e esperança (TRONCHIN, TSUNECHIRO, 2005; FRAGA, PEDRO, 2004).

No decorrer da internação do bebê em unidade de terapia intensiva, as mães demonstram, em sua maioria, sentimentos como ansiedade pela expectativa da alta, insegurança no atendimento ao filho e receio com a fase pós-alta hospitalar como, por exemplo, as dúvidas sobre o desenvolvimento e adaptação às possíveis necessidades especiais de seu filho (SPEHAR, 2013).

Segundo Costa, Klock e Locks (2012), os problemas apresentados pelo RNPT e sua família são originados do afastamento precoce e prolongado, motivado pelo nascimento prematuro que necessita, muitas vezes, de tratamento intensivo. Estas dificuldades podem ser amenizadas pela promoção do vínculo afetivo entre a mãe e seu bebê.

Tallandini e Scalembra (2006) reforçam que, a prática do Método Canguru em UTIN contribui para redução da ansiedade materna, devido o contato precoce entre mãe e bebê, além de, diminuir a sensação de perda após a interrupção da gestação de forma prematura, favorecendo ainda a recuperação do senso de competência e

eficácia materna, minimizando a sensação de “maternidade incompleta”, que as mães de bebês prematuros costumam mencionar.

As puérperas vivenciam um período de estresse na primeira etapa do Método Canguru, que se dá pelo início da hospitalização do bebê prematuro e o abandono das atividades diárias e da família. A realização da posição canguru proporciona a expressão de sentimentos relacionados à felicidade da puérpera, que, ao participar de forma indireta do cuidado do filho e promover condições para o seu desenvolvimento, sente-se “mãe de verdade” (SANTOS et al., 2013).

Castral et al. (2012) investigaram os fatores maternos relacionados à resposta de dor e estresse do RN diante do exame de triagem neonatal, em posição canguru. Neste estudo foram encontradas diversas associações significativas, sugerindo a existência de uma correção entre mãe e filho no contexto da dor e estresse neonatal, em posição canguru, ou seja, a capacidade das mães em regular seu próprio estresse contribui para resposta de menor dor e estresse do prematuro.

Em estudo realizado por Spehar e Seidl (2013), os relatos maternos mostraram que as etapas hospitalares do Método Canguru, especialmente a segunda, contribuem de forma relevante para que as mães adquiram autoeficácia em relação aos cuidados e interação com seus filhos. Entretanto, os dados apontaram também a necessidade da equipe de saúde ficar atenta para as características individuais das mulheres na realização da posição canguru, para não generalizar e idealizar a participação materna no método.

Cruvinel e Macedo (2007) demonstraram que o Método Canguru melhora os estados de humor das mães, devido ao tipo de contato com o filho que oferece, contribuindo, para a minimização dos efeitos negativos da internação neonatal.

Assim, o indivíduo ao vivenciar situações de sofrimento ou negatividade, tende a desenvolver um desequilíbrio intrapsíquico. Para isto, buscam-se formas de lidar com esses sentimentos, no qual é denominado de estratégias de enfrentamento (SPEHAR, 2013).

CAPÍTULO 02
ENFRENTAMIENTO

2. ENFRENTAMENTO

2.1 Conceituação e Estratégias de Enfrentamento

O termo *Coping*, também denominado estratégias ou processos de enfrentamento, é definido como um conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas (ANTONIAZZI, DELL'AGLIO, BANDEIRA, 1998).

Segundo Pedrolo e Zago (2002), o enfrentamento surge como estratégia para lidar com uma condição estressante, fundamental para lidar com os desafios e distanciar as ameaças, bem como, minimizar ou acabar com a fonte de estresse, facilitando a adaptação psicológica do indivíduo ou da família.

De acordo com Lazarus e Folkman (1984, p.141), *Coping* refere-se a:

“Um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais”.

Nesse modelo teórico as experiências estressantes são interpretadas como interações entre pessoas e ambiente, nas quais o impacto de um estressor é mediado pela avaliação cognitiva que a pessoa faz do estressor e pelos recursos psicológicos, sociais e culturais de que dispõe (STRATMANN, 2010).

Seguindo essa teoria, Folkman e Lazarus (1984), descrevem dois tipos de avaliação cognitiva: a primária, que é um processo no qual as pessoas analisam qual o risco envolvido em uma determinada situação de stress, ou seja, se é desafiadora, prejudicial ou ameaçadora; e a avaliação secundária, onde os indivíduos examinam quais são os recursos disponíveis e as alternativas para enfrentar o problema.

Folkman e Lazarus (1980) classificam as respostas de enfrentamento de acordo com suas funções, destacando como modalidades principais: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção. As estratégias se referem a ações cognitivas ou de comportamento tomadas no curso de um episódio particular de *stress*.

O *Coping* focado no problema caracteriza-se em um esforço para modificar a situação que originou o estresse, visando controlar ou lidar com o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que esta causando a tensão. Representa estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como, por exemplo, a solução de problemas (FARIA, SEIDL, 2005).

Segundo Folkman e Lazarus (1980), a ação de *coping* pode ser direcionada internamente ou externamente. Quando o *coping* focado no problema é dirigido para uma fonte externa de stress, inclui esforços tais como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. Já dirigido internamente, geralmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento estressor.

Quanto ao *Coping* focado na emoção, pode-se definir como uma estratégia para regular a resposta emocional que é associada ao *stress*, ou é o resultado de eventos estressantes, que incluem estratégias como: de afastamento, negação ou esquiva, atenção seletiva e comparações positivas. São exemplos de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional: fumar um cigarro, tomar um calmante, assistir a uma comédia na TV, sair para correr. A função destas estratégias é minimizar a sensação física desagradável de um estado de *stress* (STRATMANN, 2010).

De acordo com Foch (2015), as respostas de enfrentamento focalizado no problema ou na emoção, ainda são as perspectivas teóricas de maior impacto na área, porém recebeu algumas críticas, pois muitas estratégias de enfrentamento podiam ser classificadas em ambas as categorias.

Com base nisso, Carver, Scheier e Weintraub (1989) criaram um conjunto com 14 estratégias de *Coping*, que são: *coping* ativo; planejar; utilizar suporte instrumental; utilizar suporte emocional; religião; reinterpretação positiva; auto-culpabilização; aceitação; expressão de sentimentos; negação; auto-distração; desinvestimento comportamental; uso de substâncias; humor. Estas, podem ser avaliadas através do instrumento Brief COPE.

Na literatura sobre enfrentamento, em sua maioria, os estudos são direcionados ao contexto saúde e doença, como: HIV/Aids (SEIDL, 2005; SEIDL et. al., 2007), malformação fetal (VASCONCELOS E PETEAN, 2009), leucemia (KOHLSDORF, 2008), lesão medular (MURTA e GUIMARÃES, 2007), câncer de mama (TAVARES E TRAD, 2009), oncologia pediátrica (KOHLSDORF JÚNIOR,

2008), adolescência (KRISTENSEN et. al., 2010), violência contra mulher (SANTOS, MORÉ, 2011; MENEZES et al., 2014), desastres naturais (KRUM e BANDEIRA, 2008).

Outros estudos mostram ainda que, o modo pelo qual o indivíduo utiliza o enfrentamento está definido por seus recursos pessoais, os quais incluem saúde e energia, busca de práticas religiosas e distração, habilidades de solução de problemas, habilidades sociais, suporte social e recursos materiais, na tentativa de lidar com as dificuldades (SEIDL, TRÓCCOLI e ZANNON, 2001; SAVOIA, 1999).

Sendo assim, Pereira (2005) conclui que, tais conceitos sugerem que somente as ações não automáticas e não rotineiras são referidas sob o termo enfrentamento, ou seja, que diante as adversidades da vida, um indivíduo precisa apresentar comportamentos distintos do habitual para que representem estratégias de enfrentamento. Nessa perspectiva, pode-se considerar que um mesmo indivíduo pode apresentar diferentes estratégias de enfrentamento diante de um contexto particular.

2.2 Enfrentamento no contexto da Prematuridade

Na gestação e puerpério, que compreende as primeiras semanas do pós-parto, as mulheres vivenciam inúmeras alterações, como: mudanças hormonais, físicas e psíquicas, além da adaptação à chegada do bebê, que podem refletir diretamente na saúde mental das mesmas (SPEHAR, 2013).

De acordo com Fregonese (2014), a maternidade é um momento de transição seguido por mudanças metabólicas complexas. Logo, analisando toda intensidade emocional que permeia o período gestacional, qualquer fator de risco diagnosticado pode representar um evento estressor.

A hospitalização do recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pode expressar um cenário de maior fragilidade para a mãe e intensificar o surgimento de distúrbios emocionais maternos, como quadros depressivos e de ansiedade, visto que, essa situação é muito distante daquela inicialmente idealizada para os primeiros dias de vida do filho (SPEHAR, 2013).

De acordo com o Spehar (2013), as estratégias de enfrentamento podem auxiliar a mãe a adaptar-se emocionalmente para lidar com a condição adversa e a tensão do nascimento prematuro.

Em estudo recente para avaliar estratégias de *coping* de mães de crianças prematuras em Portugal, Bernardo (2012), identificou que a estratégia “aceitação”, foi a mais utilizada e as mães com vinculação “preocupada” usaram mais a estratégia “coping ativo”. Na estratégia “negação” as mães prematuras que mais utilizaram são as com estilo “desligado”.

Ainda no contexto de prematuridade, Hughes et al. (1994) avaliaram as estratégias de enfrentamento utilizadas por pais de recém-nascidos pré-termo nos Estados Unidos e observaram que as estratégias mais utilizadas pelas mães foram, em ordem de maior constância: busca de apoio social do cônjuge, práticas religiosas, reinterpretação positiva, foco na criança. Já Madu e Roos (2006) identificaram que a estratégia de *coping* mais utilizada foi reavaliação positiva.

Padovani et al.,(2004) realizaram um estudo com mães de bebês hospitalizados na UTIN, sendo observados sintomas clínicos de ansiedade, disforia e/ou depressão, revelando a necessidade de suporte psicológico para lidar com a internação do bebê.

Pesquisas mais recentes corroboram com os achados acima, revelando que as mães de recém-nascidos pré-termo e/ou baixo peso apresentam maior risco de desenvolver alterações emocionais, como estresse pós-traumático, ansiedade e depressão, o que reforça a importância dos programas de intervenção para saúde mental materna (HOLDITCH et al., 2009; BRANDON et al., 2011; GOUTAUDIER et al., 2011; JUBINVILLE et al., 2012; FAVARO, PERES, SANTOS, 2012; . MISUND et al., 2013; SHAW et al., 2014).

Assim, se faz necessário compreender o processo de enfrentamento materno para melhor assistir as mães a utilizarem estratégias de enfrentamento mais adaptativas (SEPHAR, 2013).

CAPÍTULO 03
OBJETIVOS E MÉTODO

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar as percepções das mães de recém-nascidos pré-termo e/ou baixo peso sobre a segunda etapa do Método Canguru e as estratégias de enfrentamento adotadas por elas, em uma Maternidade Pública no interior da Paraíba.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar os sentimentos vivenciados pelas mães de recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso inseridas na segunda fase do Método Canguru;
- Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães ao longo da hospitalização do bebê e permanência no Alojamento Mãe Canguru;
- Compreender a percepção das mães sobre assistência prestada ao recém-nascido na segunda etapa do Método Canguru.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O conhecimento da experiência e sentimentos maternos, bem como as estratégias de enfrentamento utilizadas por elas no contexto do Método Canguru, torna necessário à utilização de instrumentos metodológicos que facilitem e valorizem a fala das mães, assim como a escuta do pesquisador. Assim, a escolha pela abordagem qualitativa se deu em razão da sua adequação para o alcance dos objetivos propostos para a pesquisa.

A pesquisa qualitativa examina os aspectos mais profundos e subjetivos de um determinado tema, onde relaciona procedimentos interpretativos com a representação verbal dos dados coletados por meio de perguntas em questões abertas (MARCONI, LAKATOS, 2008).

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Alojamento Mãe Canguru da Maternidade Dr. Peregrino Filho, localizada no interior da Paraíba. Para isso, foi emitida pela Instituição a Declaração da Instituição Coparticipante (APÊNDICE A).

Em 1997, a Maternidade Dr. Peregrino Filho apresentava uma alta taxa de mortalidade neonatal e escassez de equipamentos e recursos capacitados para atender as necessidades dos recém-nascidos (RNs) prematuros e com baixo peso, nascidos no serviço. Diante essa realidade, gestores da época acompanhados de uma equipe de enfermagem implantaram o Método Canguru em uma enfermaria improvisada, inicialmente (PORTAL CORREIO, 2013).

O primeiro recém-nascido admitido foi em 21/03/1999, com baixo peso (1450g) e complicações respiratórias. O RN foi colocado na faixa junto a mãe e as devidas orientações e importância do método foram repassadas a mesma. Uma equipe do IMIP – PE visitou a maternidade para conhecer o serviço e posteriormente implantar o Alojamento Mãe Canguru nos padrões exigidos, assim como profissionais da maternidade também foram conhecer o IMIP, visto que este é o primeiro hospital do Brasil a receber o título de “Amigo da Criança” conferido pela

UNICEF/ Ministério da Saúde, e de onde trouxeram experiências que aprimoraram ainda mais o serviço (PORTAL CORREIO, 2013).

A Maternidade Dr. Peregrino Filho está localizada no município de Patos, 3ª cidade polo da Paraíba em importância socioeconômica, com população de 224.550 habitantes, é referência em alto risco para mais de 90 municípios paraibanos, além de Pernambuco e Rio Grande do Norte, pelos serviços de alta complexidade que oferece, como: UTI Neonatal, UTI Materna, Sala de Mamografia e Radiografia, que contribuem ainda mais para a assistência à saúde materno-infantil (GERIR, 2015).

A maternidade possui atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com campo de estágio para alunos da área de saúde do nível técnico, da graduação e residência médica. Certificada com o título “Hospital Amigo da Criança”, dispõe de um Banco de Leite com padrão Ouro de atendimento e sistematização de procedimentos e faz parte da Rede de Cardiologia Pediátrica do Círculo do Coração – CirCor.

A instituição conta com 81 leitos, onde destes 09 são da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 03 da Unidade de Terapia Intensiva Materna (UTIM), 07 da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e 04 no Alojamento Mãe Canguru. Na UTIN e UCIN o horário de visita está organizado na seguinte forma: mãe e pai com acesso livre; avós e demais familiares em horário diário pré-determinado.

O Alojamento Mãe Canguru está em funcionamento a mais de 16 anos, compreendendo as seguintes etapas: na primeira, realizada ainda na UTIN, é feito acolhimento e atendimento individualizado ao bebê e sua família, promovendo, sempre que possível, o contato pele a pele entre a mãe e o bebê, o aleitamento materno e a participação dos pais no cuidado com o bebê; na segunda etapa, realizada no alojamento mãe canguru, o bebê fica em tempo integral com a mãe, iniciando o contato pele a pele, através da “posição canguru” e pode receber alta quando o RN atingir peso em torno de 1750g e com aleitamento materno exclusivo. Pela norma brasileira, a terceira etapa compreende o acompanhamento ambulatorial com as mães e bebês, porém essa etapa ainda não está presente no serviço.

O alojamento mãe canguru apresenta 04 leitos para acomodação da mãe-bebê, sala de visitas e o acompanhamento da díade é realizado por uma equipe multiprofissional, que compreende: médico pediatra, enfermeiro, técnico de enfermagem, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social

e auxiliar de serviços gerais. Em 2014, foram admitidos 175 pacientes no serviço de Mãe Canguru, com uma média mensal de 14 pacientes, conforme informações coletadas em arquivos do setor.

4.3 PARTICIPANTES

As participantes constituíram uma amostra por conveniência, composta de dez mães acompanhadas de seus bebês no Alojamento Mãe Canguru da Maternidade Dr. Peregrino Filho, no período de maio a agosto de 2015, escolhidas segundo concordância com os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

As participantes eram procedentes de vários municípios do interior do estado da Paraíba; Algumas foram encaminhadas para Instituição para realização do parto, devido, à gestação de alto risco; outras realizaram o parto em sua cidade ou cidades mais próximas e foram conduzidas por necessidade do bebê de cuidados intensivos; e outras foram admitidas na maternidade por ser a referência mais próxima com infraestrutura necessária para o atendimento da díade. No período da pesquisa, com exceção de uma participante que foi para casa de familiares que residiam no município, as demais mães permaneceram durante toda a hospitalização na instituição.

Para delimitação do número de participantes foi utilizado como critério a saturação os dados. Segundo Minayo (2006), não se faz necessária uma maior atenção quanto ao número de sujeitos que serão entrevistados, mas o que torna relevante a pesquisa qualitativa para a autora, é que o grupo selecionado realmente vivencie a situação em estudo, sendo este imprescindível para oferecer informações-chave.

As dez mães estavam em condições físicas e psicológicas para serem entrevistadas no período em que estiveram internadas no Alojamento Mãe Canguru, vivenciando a segunda etapa do Método Canguru de forma integral junto com seu recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso. Foram excluídas da pesquisa as mães com caso de óbito neonatal.

Na segunda etapa do Método Canguru, onde o recém-nascido permanece em acompanhamento contínuo da mãe no alojamento conjunto, a pesquisadora teve mais acesso às mães e aos bebês, possibilitando uma maior interação.

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi solicitada a autorização da instituição, através da Declaração da Instituição Coparticipante e do Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados (APENDICE B). Após a autorização, as mães foram contatadas pela pesquisadora no Alojamento Mãe Canguru e convidadas a participar da pesquisa, que foi realizada na própria instituição. Ao concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C), que informou os procedimentos e objetivos da pesquisa, as participantes foram entrevistadas no melhor momento escolhido pelas mesmas, pois o estudo prioriza o bem estar da mãe e bebê.

Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, composta por duas partes (APÊNDICE D): a primeira, com dados sociodemográficos, obstétricos e neonatais referentes à mãe e o bebê, como: nº de gestações, idade materna, estado civil, ocupação, tipo de parto e complicações clínicas. As características registradas do recém-nascido foram: sexo, peso ao nascer, IG, APGAR no 1º e 5º minutos e tempos de permanência nas unidades neonatais do hospital.

A segunda parte compreende questões norteadoras relativas à temática como: expectativas em relação ao bebê anteriores ao nascimento, reação materna ao nascimento prematuro e à hospitalização do bebê; reação de estar junto do bebê no alojamento canguru, as experiências maternas acerca dos cuidados do bebê que realizava, percepção da saúde do bebê, interação com o filho e sobre a posição “canguru”; segurança materna em realizar os cuidados com o bebê; sobre a participação do pai e apoio social nesta etapa e orientações da equipe.

Antes de proceder com a coleta de dados propriamente dita, uma entrevista piloto foi realizada com uma mãe que possuía os mesmos critérios de inclusão das mães que participaram da pesquisa. O objetivo da entrevista piloto foi verificar a aplicabilidade e compreensão do instrumento pelas mães, testar os procedimentos de coleta de dados, assim como estimar o tempo de aplicação. Os resultados indicaram que os mesmos estavam adequados, sendo que ajustes mínimos foram efetuados no roteiro e a entrevistada foi incluída nos resultados da pesquisa.

O procedimento de coleta de dados foi desenhado inicialmente para ocorrer a partir do 7º dia de internamento no Alojamento Mãe Canguru, permitindo um maior

tempo de vivência das mães nessa fase, entretanto, em razão da dinâmica hospitalar, das necessidades dos bebês e das mães, esse intervalo de tempo foi ajustado para o 6º dia.

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada, situada nas proximidades do alojamento onde as mães se encontravam. O local possibilitou a privacidade das participantes, pois no momento da coleta encontravam-se presentes apenas a pesquisadora e a participante e, dependendo do momento, o bebê. A média de duração da entrevista foi de 22,1 minutos, com tempo mínimo de 11 minutos e máximo de 30 minutos e foram registradas em arquivo de áudio.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas coletadas foram transcritas na íntegra pela autora do estudo e validadas por meio da escuta da gravação, de maneira individual e separadamente, verificando a exatidão e a precisão dos dados transcritos (POLIT, BECK, 2011). Após a leitura exaustiva e repetitiva das falas, os dados foram, então, organizados conforme os eixos temáticos de interesse da pesquisa, previamente definidos a partir dos roteiros de entrevista. Os relatos verbais referentes aos eixos temáticos foram categorizados a partir de seu conteúdo (BARDIN, 2009), para identificação, nomeação e frequência das categorias. Realizou-se, ainda, a seleção de trechos de relatos das participantes como ilustração das categorias identificadas. Notas do diário de campo foram utilizadas como recurso auxiliar na compreensão e validação das entrevistas, como recurso para minimizar vieses.

De acordo com Bardin (2011), a Análise de Conteúdo é um grupo de técnicas de análise das comunicações, através de procedimentos temáticos e objetivos para apresentar o conteúdo das mensagens e obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. As fases da análise de conteúdo organizam-se em três polos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Segundo a mesma autora, a pré-análise compreende a fase de organização em que acontece a leitura flutuante, a escolha dos documentos que serão submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que darão consistência à interpretação final. Na exploração do material,

ocorre uma aplicação sistemática das decisões tomadas durante a pré-análise através de codificações, decomposição ou enumeração. A última fase de tratamento e interpretação dos resultados deve ser tratada de maneira que esses venham a ser significativos e válidos, de modo que o analista tenha à sua disposição resultados fiéis e confiáveis que resultem na proposição de inferências e interpretações, conforme o objetivo do estudo.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos com Parecer 967.669 e da Instituição em que foi realizada a coleta de dados. Para garantir os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os nomes das participantes foram substituídos por nomes fictícios, assim como os de outras pessoas citadas, como os familiares e profissionais.

A assinatura do TCLE ocorreu no início do procedimento de coleta de dados, onde as participantes receberam esclarecimentos sobre as características, objetivos, etapas e demais informações referentes à pesquisa.

CAPÍTULO 04
RESULTADOS E DISCUSSÕES

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A apresentação dos resultados e discussões do estudo tem início com a caracterização das participantes, seguida pela categorização das entrevistas. Às participantes da pesquisa foram denominados nomes fictícios.

5.1 Caracterização das Participantes

Após interpretação das entrevistas, os dados foram agrupados e articulados à base referencial, permitindo a análise final. A caracterização das participantes está apresentada da seguinte forma: Dados sociodemográficos e obstétricos (Tabela 1); Tempo de internação materna na instituição e complicações na gestação/parto (Tabela 2), Características dos recém-nascidos (Tabela 3) e Tempo de internação dos RNs nas unidades de cuidados neonatais (Tabela 4).

Tabela 1 – Perfil das mães quanto aos dados sociodemográficos e obstétricos;

Mães	Idade	Escolaridade	Estado civil	Ocupação	Religião	Renda Familiar	Nº Gestações	Nº Partos
Ana	18	Ens. Fund. II	Casada	Estudante	Evangélica	01 sal.	01	01
Bianca	26	Ensino Médio	Mora junto	Babá	Católica	01 sal.	01	01
Carla	26	Superior	Casada	Professora	Indefinida	03 sal.	01	01
Débora	19	Superior Incomp.	Solteira	Estudante	Católica	05 sal.	01	01
Érica	25	Ens.Fund.II Inc.	Mora junto	Agricultora	Católica	01 sal.	02	02
Flora	16	Ens. Fund. II Inc.	Casada	Estudante	Católica	01 sal.	01	01
Gilda	27	Ensino Médio	Casada	Agricultora	Católica	01 sal.	03	01
Helena	17	Ens. Medio Inc.	Casada	Estudante	Católica	½ sal.	01	01
Isabel	19	Ensino Médio	Casada	Do lar	Evangélica	01 sal.	01	01
Júlia	27	Superior	Casada	Professora	Católica	02 sal.	01	01

Na Tabela 1, os dados sociodemográficos indicam que, na ocasião da realização do estudo, as participantes apresentavam idade média de 22 anos (DP= 4,55), variando entre idade mínima de 16 anos e a idade máxima de 27 anos. A

maioria das entrevistadas eram adultas jovens, na segunda década de vida e com convívio marital. Mesmo as mais jovens, de 16 e 17 anos eram casadas e emancipadas (Termo 5º, parágrafo único, II, do Código Civil de 2002), fato que permitiu que as mesmas tivessem autonomia para participação no estudo.

Em relação à escolaridade, o ensino médio destacou-se, porém as demais informações foram diversificadas variando de ensino fundamental II incompleto à superior completo dentre as entrevistadas. Quanto ao estado civil, a maioria das participantes declarou ser casada (n= 7). Já sobre a ocupação/profissão, seis participantes relataram ter exercício profissional remunerado. No que diz respeito à religião, a maior parte das participantes (n=7) afirmaram ser católicas e em relação à renda familiar, a maior parte relatou receber até um salário mínimo por mês (n= 6).

No que diz respeito os dados obstétricos, a maioria das entrevistadas eram primíparas (n= 8), ou seja, tiveram o primeiro filho. A participante Gilda apresentou três gestações e um parto, devido dois abortos espontâneos. Todas as mães declararam ter realizado pré-natal, com número de consultas variando entre 3 e 10.

De acordo com Martins et al. (2011), a gravidez na adolescência está associada ao início tardio do pré-natal e baixo número de consultas pré-natal, além de baixa escolaridade, baixo peso ao nascer, prematuridade e menor incidência de desproporção cefalopélvica e pré-eclâmpsia.

A literatura tem demonstrado a alta e crescente taxa de gestações na adolescência associada aos fatores de risco para nascimentos pré-termo. Estas adolescentes, em sua maioria, são mais pobres, de baixa escolaridade, têm menor atenção durante o pré-natal, filhos com maiores taxas de baixo peso ao nascer e de mortalidades neonatal e infantil (SILVEIRA et al., 2010; SILVA et al., 2009; CHALEM, et al., 2007; SABROZA, et al., 2004; SIMOES et al., 2003; GAMA et al., 2002).

Sendo assim, o perfil deste estudo dialoga com os autores acima, visto que as adolescentes entrevistadas apresentaram baixa escolaridade, menor renda familiar, filhos com muito baixo peso e número de consultas de pré-natal abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de seis consultas de pré-natal no mínimo, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2005).

Conforme enfatizado anteriormente, todas as mães entrevistadas são provenientes do interior do estado da Paraíba, mais especificamente do sertão

paraibano, onde a maior parte residia em sítios e/ou municípios distantes com população aproximada de 30 mil habitantes. Por essa razão, as mães permaneceram na maternidade por dias ou muitas vezes até meses, fato esse que, quase sempre as impediu de manter contato frequente com os familiares, visto que muitos não possuíam recursos financeiros para se deslocarem para o município.

A tabela 2 expõe o tempo de internação das entrevistadas na instituição, bem como as complicações ocorridas na gestação e/ou parto.

Tabela 2 – Tempo de internação na instituição e complicações maternas (n= 10)

Mães	Dias de internação na instituição	Complicações na gestação e/ou parto
Ana	45	ITU / P.A elevada*
Bianca	40	Leucorréia
Carla	14	ITU / Pré-eclâmpsia
Débora	27	Oligodrâmnio severo
Érica	18	Parto em trânsito
Flora	17	----
Gilda	45	ITU**
Helena	21	ITU / Leucorréia
Isabel	41	ITU / DHEG***
Júlia	17	P.A elevada

* P.A (Pressão arterial)

** ITU (Infecção do Trato Urinário)

*** DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gravidez)

Quanto às complicações no parto e/ou gestação a maior parte das participantes (n= 09) relataram ter tido algum tipo de intercorrência, seja durante a gravidez ou na hora do parto; destacando-se as infecções do trato urinário (ITU) e pressão arterial elevada.

A participante Flora, a única que afirmou não ter apresentado intercorrências na gestação, declarou que realizava esforço físico durante a gestação (em afazeres

domésticos) e que só teria descoberto na hora do parto a existência do segundo bebê. Tendo em vista a gestação gemelar e mãe adolescente, associam-se estes fatores como possíveis causas do parto prematuro, já que, as pesquisas apontam maior incidência de partos pré-termos e de recém-nascidos de baixo peso nesse grupo de gestantes em comparação com gestantes de outras faixas etárias e com gestação de um feto (MARTINS et al., 2011; PEREIRA, CUNHA, MONTENEGRO, 2009; SANTOS, MARTINS, SOUSA, 2008; CASCAES et al., 2005).

A infecção do trato urinário (ITU) ocorre em cerca de 20% das gestações e pode causar complicações tanto para mãe quanto ao bebê, dentre elas: rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, febre no pós-parto, sepse materna, baixo peso ao nascer e infecção neonatal (MAZOR-DRAY, 2009; VETTORE et al., 2013; BRASIL, 2012).

Em estudo realizado por Vettore et al. (2013) as gestantes adolescentes, anêmicas, diabéticas e com qualidade do pré-natal parcialmente adequado ou inadequado apresentaram maior chance de infecção do trato urinário.

Hackenhaar e Albernaz (2013) constataram que, das 2.288 mulheres entrevistadas em seu estudo, 2,9% tinham sido internadas para tratamento da infecção do trato urinário, sendo maior em mulheres com menor nível econômico, jovens e com menor escolaridade. Quanto aos desfechos neonatais, esteve associado com a internação o baixo peso ao nascer.

Assim, observa-se que nesse estudo a infecção de trato urinário em situações de vulnerabilidade socioeconômica se configurou como um fator de risco para o parto prematuro e o baixo peso ao nascer entre as entrevistadas.

Com base na literatura, a média de dias de internação da mãe e bebê no Método Canguru varia de 20 a 30 dias no Brasil (LAMY et al., 2008; BRITO, 2008; RODRIGUES, CANO, 2006). Assim, é recomendado pelo Ministério da Saúde (2000) oferecer às mães e familiares, oportunidades de atividades educativas e de lazer, lúdicas e pedagógicas, direcionadas não só à orientação materna acerca do cuidado com o filho, mas à possibilidade de se integrar aos espaços que são também dela e de seus familiares, associado a um maior conforto.

O tempo de internação das mães na instituição apresentou uma média de 28,5 dias, com tempo mínimo 14 dias e máximo de 45 dias. A participante Gilda relatou que além dos 32 dias de internação do bebê, esteve outros 13 dias internada na UTI Materna com complicações antes do parto, perfazendo um total de 45 dias

na unidade. Estes números mostram o tempo de exposição das mães ao contexto hospitalar e aos estressores decorrentes da situação de internação do filho.

Todas as mães relataram ter permanecido na instituição durante todo o período de hospitalização dos filhos, com exceção da entrevistada Bianca, que foi para residência de familiares, porém retornava três vezes ao dia para visitar a filha e retirar o leite para dieta da mesma.

Pode-se observar ainda, que as mães que tinham tempo de internação acima de 40 dias apresentaram como característica em comum a presença de infecção do trato urinário durante a gestação e RNPT com muito baixo peso. Ressalta-se que após o estudo, algumas dessas mães ainda não tinham recebido alta hospitalar, o que torna maior o período de exposição aos estressores e privação da convivência no ambiente do lar e entre familiares.

A Tabela 3 se refere às características dos recém-nascidos participantes da pesquisa, quanto ao Sexo, Peso, Idade gestacional e APGAR 1' 5'.

Tabela 3 – Caracterização dos recém-nascidos (n=11)

Recém-nascido	Sexo	Peso ao Nascer	Peso Atual	Idade Gestacional ao nascer	APGAR 1ºmin	APGAR 5ºmin
RN1	M	1.330g	1.620g	30 sem	5	6
RN2	F	1.370g	1613g	28 sem	2	3
RN3	F	1690g	1655g	34sem	8	9
RN4	F	1445g	1570g	30sem	8	9
RN5	F	1500g	1456g	30sem	-	-
RN6 (G1)	M	1340g	1424g	30sem6d	6	8
RN6 (G2)	M	1440g	1210g	30sem6d	6	8
RN7	F	1450g	1550g	30sem	6	7
RN8	F	1500g	1542g	32sem6d	6	7
RN9	F	1505g	1582g	32sem	7	8
RN10	M	1520g	1612g	34sem	3	5

Observa-se uma maior frequência de bebês do sexo feminino (n=7), com peso ao nascimento variando de 1.330g a 1.690g, o que indica que a maioria do

RNs entra na classificação de baixo peso ao nascer (RNBP), ou seja, de 1501 e 2.500 gramas e os demais na classificação de muito baixo peso (RNMBP), entre 1.000 e 1.500 gramas. Quanto à idade gestacional, a média do grupo foi 30,9 semanas, sendo o menor valor para este índice 28 semanas e o maior 34 semanas.

Quanto ao Escore de APGAR, as pontuações variaram entre 2 e 7 no primeiro minuto, e 5 a 9 no quinto minuto de vida. A participante M5 não possuía informações na ficha do seu bebê sobre o APGAR 1' 5', devido o parto ter ocorrido em trânsito.

No escore de APGAR no 1º e 5º minutos de vida após o nascimento, são analisados cinco sinais clínicos gerais da criança: esforço respiratório, frequência cardíaca, tônus muscular, irritabilidade e cor, onde para cada aspecto é atribuída uma nota de zero a dois pontos. A soma da pontuação das variáveis resulta no escore final, que varia de zero a 10. De zero a três pontos o neonato é classificado como em estado grave, de quatro a seis como em estado moderado e de sete a 10 como em boas condições (BRASIL, 2013).

Os escores de APGAR, peso ao nascer e idade gestacional são altamente associados à sobrevivência e, em combinação, são uma medida do bem-estar do RN, do sucesso da reanimação, do tamanho e da maturidade do RN (OLIVEIRA et al., 2012).

Em pesquisa realizada por Lages et al. (2014) constataram-se que a idade da gestante e o número de consultas realizadas durante o pré-natal tem influência na admissão dos neonatos na UTI, pois contribuem diretamente no peso ao nascer, na IG e nos escores de APGAR no 1º e 5º minutos de vida, fatores determinantes da vitalidade neonatal.

Ressalta-se que, nas entrevistas e conversas informais, algumas das participantes não possuíram uma assistência de pré-natal adequada ou ainda uma transferência em tempo hábil para uma unidade de referência, a fim de evitar danos ainda maiores para saúde dela e de seu bebê. Constata-se, dessa forma, que por ser a única maternidade referência para alto risco do sertão paraibano, o número de gestantes proveniente de diversas cidades é grande e as condições nas quais elas e seus bebês chegam à instituição são precárias, muitas vezes. Algumas mães, inclusive, chegam a “dar à luz” durante o trajeto para a maternidade, passando a receber cuidados médicos ao serem admitidas na instituição, como ocorreu com uma das participantes do estudo.

A Tabela 4 informa o tempo de duração de cada etapa hospitalar e o tempo total de internação de cada recém-nascido.

Tabela 4 – Duração da internação nas etapas hospitalares (em dias)

Recém-nascidos	Tempo de internação na UCIN	Tempo de internação na UTIN	Tempo de internação no Aloj. Canguru	Tempo Total de internação
RN1	00	15	30	45
RN2	00	23	17	40
RN3	04	00	10	14
RN4	00	21	06	27
RN5	00	07	11	18
RN6 (G1)	00	07	10	17
RN6 (G2)	00	08	09	17
RN7	06	12	14	32
RN8	04	09	08	21
RN9	00	31	10	41
RN10	00	07	10	17

O tempo de internação dos recém-nascidos na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) teve uma média de 1,3 dias, variando entre zero e seis dias. Já na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) os RNs apresentaram uma média de 12,7 dias, com tempo mínimo de zero dia e máximo de 31 dias. Quanto ao Alojamento Mãe Canguru, os RNs apresentaram no período da pesquisa, uma média de 12,3 dias, com tempo mínimo de seis dias e máximo de trinta dias.

Os dados mostram, ainda, que no período de realização do estudo os recém-nascidos tinham a média de tempo de internação total de 26,3 dias na instituição, sendo a menor duração de 14 dias e a maior de 45 dias. Nesse contexto, os dados apontam o período que cada mãe passou na maternidade acompanhando seus bebês, devido diversos fatores: condições clínicas do bebê, seu ritmo de ganho de

peso, o tempo de uso de medicação e o tempo de transição para o aleitamento materno.

Desta forma, este estudo dialoga com a pesquisa de Siqueira e Dias (2011), ao constatarem que recém-nascidos com muito baixo peso, apresentam uma média de 50 dias de internação, o que reproduz a gravidade do estado clínico desses bebês e evidenciam o desgaste a que são submetidas essas mães, que geralmente, se dividem entre a necessidade de permanecer no hospital, cuidar das tarefas de casa, trabalho, estudo e de outros filhos.

5.2 Categorização das Entrevistas

Dos relatos verbais das dez participantes emergiram três categorias: (1) Hospitalização do bebê e sentimentos maternos; (2) Alojamento mãe canguru: experiências maternas; (3) Analisando o Método Canguru: percepções maternas. As subcategorias que originaram destas categorias estão descritas no Quadro 1, conforme os pressupostos da análise de conteúdo de Bardin (2011). Nesse contexto, as categorias serão apresentadas com exemplificações de falas das mães.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias de análise emergidas das falas das participantes do estudo.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1) Hospitalização do bebê e sentimentos maternos	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativas em relação ao parto e o bebê; - Sentimentos maternos em relação à internação do bebê na UTIN/UCIN; - Estratégias de enfrentamento frente à hospitalização.
2) Alojamento Mãe Canguru: experiências maternas	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimentos maternos sobre a transição para o alojamento canguru com o filho; - Evolução clínica do bebê após o Método Canguru; - Realização de cuidados e sentimentos maternos; - Interação mãe-bebê;

3) Analisando o Método Canguru: percepções maternas	<ul style="list-style-type: none"> - Orientações recebidas quanto ao Método Canguru; - Benefícios e Prejuízos para o bebê e para mãe do Método Canguru; - Facilidades e Dificuldades da permanência no Método Canguru; - Estratégias de Enfrentamento frente ao Método Canguru; - Percepção materna quanto ao funcionamento e assistência recebida no Alojamento Canguru.
---	--

5.2.1 Categoria 1 - Hospitalização do bebê e Sentimentos Maternos

Esta categoria diz respeito à vivência das participantes quanto ao nascimento prematuro do seu bebê e à hospitalização, além da separação súbita no pós-parto devido às complicações decorrentes da prematuridade. Com isso, emergiram as seguintes subcategorias: expectativas em relação ao parto e o bebê; sentimentos maternos em relação à internação do bebê na UTIN/UCIN; estratégias de enfrentamento frente à hospitalização.

Quanto à subcategoria “Expectativas em relação ao parto e bebê”, as verbalizações de cinco participantes expressaram que quanto ao tipo de parto desejavam o parto normal (via vaginal), visando uma recuperação pós-parto mais rápida; três relataram medo e insegurança quanto ao tipo de parto e as demais não relataram nenhuma expectativa quanto ao parto, apenas sobre o bebê.

Esse perfil encontrado no estudo é confirmado pela revisão integrativa, realizada por Velho et al. (2012), acerca da percepção de mulheres que vivenciaram o parto normal e/ou cesáreo, onde encontraram que a satisfação, preferência ou vantagens associadas ao parto normal, foram encontradas em definições como: menores níveis de dor no pós-parto, uma recuperação mais rápida, o retorno breve de suas atividades diárias e alta hospitalar mais cedo. Entretanto, essa experiência é temida e percebida como um processo doloroso.

Apesar de algumas participantes desse estudo terem desejado um parto vaginal, a maioria delas (n=07) teve parto cesáreo, o que reflete os dados nacionais onde a taxa de cesariana encontra-se em torno de 56%, com ampla variação entre

os serviços públicos e privados (40% nos serviços públicos e 85% nos serviços privados), sendo a recomendação da Organização Mundial de Saúde, de uma taxa 15% para as operações cesarianas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Em relação ao bebê, as expectativas de oito mães se referiram à saúde e ao tempo de nascer, enquanto que as outras imaginavam como seria o filho, quando o pegariam no colo. Podemos observar nas seguintes falas:

“Desde o início eu queria meu parto fosse normal, mas eu não pensava que eu ia ter ela de sete meses [...] eu imaginaria que ele ia nascer de nove [...] Eu esperava que nascesse bem e nasceu, é saudável” [Gilda]

“Toda consulta que eu ia dizia que eu tinha tudo pra ter normal, porque ela já tava na posição e tudo, então eu ficava com medo porque diziam que era muita dor [...] mas eu também achava que a recuperação seria muito melhor” [Débora]

“Eu tava muito assustada em relação ao parto, ficava imaginando assim, morrendo de medo [...] quanto ao bebê eu só ficava pensando como é que ia ser o bebê, poder pegar e ficar com ela” [Helena]

“Eu queria parto normal, desde o início [...] que rapidinho vou ficar boa.[...] Eu queria que viesse cheio de saúde, alegrar minha vida mais e mais, que criança só dar felicidade, né?” [Bianca]

“Eu tinha medo sim [...] eu esperava que fosse mais tranquilo [...] Quanto ao bebê eu não via a hora né, tinha curiosidade de ver, de pegar nos meus braços, de escutar o chorinho” [Júlia]

De acordo com Scochi et al. (2003), durante a gestação as mães idealizam todo carinho e cuidado que irão dedicar a seus filhos, entretanto, quando por algum motivo elas não podem aconchegar o bebê em seus braços, pegar no colo ou fortalecer o vínculo, a frustração e insegurança surgem. No entanto, quando é possível a mãe ter um contato físico com o bebê, mesmo que na incubadora, muitas delas, ainda temem diante essa situação, o que se justifica pela autoconfiança e autoestima que estão comprometidas, além do ambiente hospitalar.

De acordo com alguns autores, a hospitalização do recém-nascido em UTI impõe um rompimento na relação mãe-bebê e gera uma situação de crise para toda família, especialmente para mãe, visto que, o sentimento de culpa pela situação atual do filho, interfere no contato físico espontâneo entre os pais e seus filhos (GAIVA, SCHOCI, 2005; CAMARGO et al., 2004). Como retratado na seguinte fala:

“Eu tava viva, mas não tava sentindo mais nada ali [...] senti desespero, deu até raiva também, porque eu me senti culpada também.” [Bianca]

Nesse contexto, a subcategoria “Sentimentos maternos em relação à internação do bebê na UTIN/UCIN” revela que todas as entrevistadas referiram algum tipo de sentimento negativo, como: medo, frustração, tristeza, desespero, choque, culpa ou raiva, como ilustrado nos seguintes relatos:

“ Eu fiquei desesperada, chorei demais, porque a pessoa vai pro quarto num leva o bebê, aí quando eu chegava lá no quarto aí todo mundo olhava pra mim e fazia “ cadê seu bebezinho, morreu?” [Helena]

“ Fiquei com medo de não saber lidar com a situação, insegura e ao mesmo tempo precisando de orientação, porque por mais que elas viessem, mas pra mim não era suficiente.” [Júlia]

“ Quando ela nasceu foi um choque [...] eu acordei no outro dia e via todas as mães com o bebezinho do lado e eu sem tá com o meu, saber que eu tinha hora pra visitar, que ali ela podia tá bem hoje, e não tá comigo amanhã, então tudo isso foi uma luta muito grande.” [Débora]

“ Foi horrível, horrível, você vê todas as mães com os seus filhos e você não tá né, e sem falar que minha gestação foi uma gestação totalmente planejada, aí a sensação era mais ainda.” [Carla]

Com isso, observa-se que, nesse aspecto, o estudo se assemelha com Lelis (2014) ao afirmar que o nascimento prematuro e, conseqüentemente, a hospitalização do bebê é uma experiência estressante e fonte de temores, que envolve um período de adaptações, com a permanência das mães em alojamento conjunto, onde ficam separadas do seu filho e do convívio familiar. Isto acarreta uma diversidade de sentimentos, desde a frustração de não ter um filho saudável que pudesse levar para casa após alta hospitalar, até a tristeza e angústia pela internação do filho e incerteza da sobrevivência do mesmo.

Contudo, as mães expressam ainda que, apesar desses sentimentos, algumas delas relataram acreditar que na UTIN/UCIN seu filho estava sendo bem assistido e que a prioridade era a recuperação e saúde dele, mesmo que pra isso ficassem separados por um tempo, como se pode observar nas seguintes falas:

“A pessoa fica triste, chora, quer ir “simbora”, desanima, mas só que é uma coisa que é pro bem dela, então por ela a pessoa enfrenta tudo.” [Flora]

“Eu fiquei um pouco triste, porque eu pensei que quando ela nasceria ia ficar comigo...mas não ficou né, ficou na UTI, mas tá bem né, graças a Deus. O importante é a saúde dela.” [Gilda]

O nascimento prematuro provoca uma condição de crise e a busca pela identificação das estratégias de enfrentamento adotadas pelas mães e o encorajamento para utilização das mesmas, tendem a auxiliar as mães no ajustamento emocional para lidar com essa condição (MADU; ROOS, 2006).

Segundo Folkman e Lazarus (1985), o processo de enfrentamento se dá pela interação entre o indivíduo e ambiente, e mais que controlá-la ou dominá-la, seu papel visa conduzir (reduzir/minimizar/tolerar) a situação estressora.

Em relação à subcategoria “Estratégias de enfrentamento frente à hospitalização”, todas as participantes declararam que para lidar com os sentimentos negativos contaram com a fé em Deus e/ou apoio familiar, em especial a avó materna e o companheiro, bem como os amigos. Tal afirmativa é observada nas seguintes falas:

“Ah Deus, só Deus, quando vinha um pensamento negativo de desistir [...] eu só pensava em Deus. E eu acho que isso me ajudou muito, a vencer, tanto Deus e ela né?” [Bianca]

“Eu conversava muito com minha mãe [...] só ela mesmo que me acalmava na hora.” [Flora]

“ A minha maior ajuda foi meu esposo, ele ficou vindo todo dia [...] Até o médico achou interessante porque ele disse que acha que isso fortaleceu, na hora de eu visitar ela, ele vinha comigo também. E na hora que eu ia amamentar ele ia comigo. Ele me deu apoio totalmente.” [Carla]

“...o apoio da minha família, porque eu não conseguia ficar sozinha [...] Tava em começo de depressão, chorava direto. O apoio foi que me incentivou mais eu lutar pela minha filha.” [Gilda]

“Eu me apoiei assim... nas mensagens que meus colegas, minhas colegas ficaram ligando, fizeram grupos de orações pra mim e me apoiei na força maior, que é Deus, na fé!” [Júlia]

“Eu me apeguei a Deus, e a minha mãe, sempre me deu muita força.” [Helena]

Em estudo realizado por Spehar (2013) sobre as estratégias de enfrentamento e percepção de autoeficácia de mães de neonatos prematuros internados, as participantes apontaram que, em todas as fases hospitalares, as principais fontes de apoio foram os membros da família, em especial o pai e a avó materna do bebê, mediante visitas e telefonemas, bem como, as outras mães que vivenciavam a mesma situação e os profissionais de saúde.

Já para outros autores, o enfrentamento religioso-espiritual é utilizado pela maioria das mães e facilita o processo de enfrentamento com seus bebês internados em UTIN, através da busca por conseguir forças e esperança para tentar superar o sofrimento, bem como acalmar a família e a si própria (TRONCHIN, TSUNECHIRO, 2005; VÉRAS, VIEIRA, MORAIS, 2010; FOCH, 2015).

Com a hospitalização do bebê, a família passa por um período de conturbações, que com tempo tendem a ser amenizados, tendo em vista a evolução clínica dos filhos, e conseqüentemente, a esperada alta hospitalar (ALMEIDA, SILVA, VIEIRA, 2010). Tal afirmativa é expressa na fala a seguir:

“A partir do momento que eu vi que ela tava melhorando, eu fui tendo aquele conforto né.” [Débora]

Para as mães o contexto hospitalar impõe as dificuldades e riscos que elas poderão enfrentar, como por exemplo, a aceitação/enfretamento da morte, caso esta ocorra. Assim, o apego à religião e fé pode ser a base para o enfrentamento neste período frente à fragilidade do bebê (RAMOS, 2012).

De modo complementar, Lamy et al. (2011) defendem que o uso da religiosidade pode se expressar através da confiança em um Deus facilitador na recuperação do bebê, que dá forças para que consigam prosseguir junto do filho hospitalizado mediante a tantos desafios. Como podemos observar nesse discurso:

“Então você via sua filha num dia bem, no outro não tava. Um dia ganhando peso, no outro perdendo, recusando a dieta, então pra mim todos esses dias foram difíceis demais, e eu sozinha e eu aguentava, eu chorava porque não tem quem não aguentasse né. Então todos esses dias pra mim eu tinha muita fé, foi minha fé que me sustentou, o desejo de tá com minha filha, porque eu preciso tá forte, porque quem ia cuidar dela né.” [Débora]

Diante da prematuridade, as mães substituem a euforia do nascimento pela angústia e incerteza, e, apesar de confiarem no tratamento dado pelos especialistas, expressam sentimentos de medo, ansiedade, e por vezes, negação antes de aceitarem o bebê sobrevivente (LELIS, 2014). Tal afirmativa é expressa na fala a seguir:

“Tinha vez que eu não queria nem vim na UTI visitar, que eu tinha medo de me apegar e ela morrer” [Helena].

Evans et al. (2012) complementam ainda que, as mães que tentam lidar com a situação de estresse, decorrente de um nascimento prematuro, através da evitação (esquiva), podem vir a aumentar seus sintomas psicopatológicos.

Em contrapartida, outra forma de enfrentamento encontrada nas verbalizações das entrevistadas, frente à situação de estresse que vivenciam, foi à aproximação e o envolvimento intenso com o bebê, conforme o exposto pelas participantes:

“O povo diz que ninguém conversa com bebê né, mas eu conversava desde a minha barriga e lá (na UTIN) eu chegava e pegava na mãozinha, pegava no pezinho, e dizia a ela que eu precisava dela, que eu queria ela comigo, que ela lutasse pela vida dela [...] Então eu tentei fazer amizade com todo mundo [...] o tempo foi passando e eu fui me adaptando à situação. [Débora]

“Ontem mesmo deu vontade de chorar, mas quando eu viro pra ela, e ela olhando pra mim rindo, pra mim isso já passou... é isso aí que eu acho que faz a gente seguir em frente, sabe? Esses pequenos gestos, faz toda diferença. Uma pessoa tão pequenininha, mas que faz toda a diferença na nossa vida.” [Bianca]

Com base nesses dados, o presente estudo dialoga com os achados dos autores Hughes et al. (1994), que revelam as estratégias mais utilizadas pelas mães de prematuros: suporte social do cônjuge; chorar; crenças religiosas; foco nas emoções (reinterpretação positiva) e foco na criança.

5.2.2 Categoria 2 - Alojamento Mãe Canguru: experiências maternas

Esta categoria responde a um dos objetivos do estudo e se refere às experiências maternas referentes à segunda fase do Método Canguru, que consiste

na internação das mães no alojamento conjunto com seus bebês em tempo integral, vivenciando o Método Canguru, bem como, realizando os cuidados de seus filhos, com apoio e supervisão da equipe profissional. Desta forma, surgiram as seguintes subcategorias: Sentimentos maternos sobre a transição para o Alojamento Canguru com o filho; Evolução clínica do bebê após o Método Canguru; Realização de cuidados e sentimentos maternos; Interação mãe-bebê.

Quanto à subcategoria “Sentimentos maternos sobre a transição para o Alojamento Canguru com o filho”, os relatos demonstraram que, em sua maioria, os sentimentos e emoções mostraram-se positivos, como: alívio, choro, felicidade, alegria pela proximidade com o filho, conforme descreveram as participantes Débora, Érica, Gilda, Helena e Júlia, respectivamente:

“...quando eu peguei ela a primeira vez ai na canguru, chega me deu aquele alívio, saber que agora ela tava bem, que eu não tinha, além das paredes comuns, tinha quatro parede de vidro que me separava dela né. Que agora eu tinha ela no meu colo. Acho que nenhuma emoção da minha vida podia explicar aquilo, porque pra mim foi a maior vitória da minha vida ter ela ali comigo”

“Ave Maria eu fiquei muito alegre, só em tá comigo [...] senti alegria, chorei...”

“Emoção... foi tão grande que eu desci essa rampa aí desci correndo e eu ponteada, mas fiquei feliz muito emocionada, chorei e quando eu vi ela aí que foi choro.”

“Ah... foi a maior felicidade da minha vida. Eu não sei nem explicar com palavras o que eu senti.”

“Eu fiquei feliz demais, porque isso era um sinal que ele tava bem melhor.”

Ainda nesta categoria, as mães demonstraram uma ambivalência de sentimentos tanto positivos quanto negativos, ocorrendo concomitantemente:

“ Eu senti alegria, felicidade [...] eu fiquei com medo de pegar, de trocar fralda, mas elas me ensinaram direitinho, agora não tenho medo mais não.” [Ana]

“...sempre tem aquele medo ainda, que eu mesma ainda tô insegura, mesmo ali ela dormindo, mas eu não durmo direito, cada respiração diferente eu tô lá olhando, sabe com aquele medo ainda. Mas, eu

acho que é uma vitória, o começo de uma vitória, que ainda vai vim várias ainda.” [Bianca]

Assim, constata-se que as reações ambíguas referidas pelas mães, decorrem da transição da UTIN para o Alojamento Canguru (segunda etapa), pois ao mesmo tempo em que ocorre uma melhora clínica do bebê, as mães também se deparam com a responsabilidade do cuidado com o bebê frágil.

Quanto à subcategoria “Evolução clínica do bebê após o Método Canguru”, os discursos de todas as mães em relação à evolução do estado de saúde do recém-nascido após a chegada ao alojamento mãe canguru, expressaram percepções positivas, enfatizando uma melhora considerável do bebê, conforme os relatos a seguir:

“ Melhora, muita melhora. Porque ele num tá mais ficando roxinho, tá respirando normal, tá amamentando.” [Ana]

“ Melhorou muito, ganhou muito peso, tá bem melhor, porque ela tá comigo, porque tá sendo muito bem tratada aqui.” [Érica]

“ Ah...cada dia a gente vê uma nova descoberta. Eu olhando as mudanças dela da UTI prá cá, ah é uma vitória muito grande. Ela tá bem mais elétrica né? Bem mais levada... (risos) que quando a gente chegou lá ela fazia mais dormir né?” [Bianca]

“ Melhorou 100%, uma que ela tava tomando a medicação por causa da infecçãozinha, hoje ela já não tá tomando mais a medicação, tá pegando peso...” [Gilda]

“ Melhorou muito [...] ela tá bem ágil, tá ganhando pesinho, todo dia ela ganha nem que seja um pouquinho [...] tá sendo muito bem cuidada. Eu vejo que ela tá bem feliz, porque antes ela tava mais tristonha, chorava, agora ela mal chora, bem feliz o jeito dela, bem tranquila.” [Helena]

Corroborando com os relatos acima, o estudo de Lelis (2014) constatou que as mães que vivenciaram o Método Canguru apreenderam muito sobre o mesmo, percebendo as mudanças quanto à respiração, sono e temperatura de seus bebês e reconhecendo o método como melhor maneira dos filhos se recuperarem e ganharem peso.

Nas unidades de neonatologia o peso representa uma importante variável de avaliação do crescimento e evolução ponderal do RNPT, sendo este fator prioritário

para análise de desenvolvimento e determinante de alta hospitalar. O maior ganho de peso na 2ª fase do Método Canguru pode ser associado ao processo de adaptação aos agravos sofridos pelo RN na unidade de risco (1ª etapa do Método Canguru) e, ainda, à descontinuidade do contato e do estímulo materno (FREITAS, CAMARGO, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde, o Método Canguru compreende um conjunto de ações humanizadas voltadas ao recém-nascido prematuro (RNPT) ou baixo peso (RNBP) e sua família, visando promover uma assistência adequada, ambiente acolhedor, incentivo da posição canguru e posterior acompanhamento ambulatorial, com a finalidade de favorecer a formação do vínculo da tríade mãe-RN-pai, a diminuição dos estressores ao RN, incentivo ao aleitamento materno e a segurança dos pais no momento da alta hospitalar (BRASIL, 2011a).

Assim, as falas das mães explicitam, ainda, que a vivência no Alojamento Canguru apresenta-se como espaço de aprendizagem contínuo e também um espaço onde elas fazem novas amizades, interagindo satisfatoriamente com a equipe. Tal afirmativa é expressa nas falas a seguir:

“Todas as enfermeiras são ótimas, elas viram amiga do paciente, as meninas que limpam também viram amiga do paciente, você pega amizade com as outras pacientes, porque é um convívio diário né, você vê somente aquelas pessoas, então você tem que se acostumar, e principalmente você tá com sua filha”. [Débora]

“Eu até tava brincando com as meninas (as outras mães) essa semana. Eu falei que eu vou sair uma mãe nota dez, porque se eu tivesse ganho ela e tivesse levado pra casa na minha primeira gravidez [...] um vem e fala uma coisa, outro vem e fala outra...e uma coisa é você tá aprendendo ali da forma certa né, e é isso eu acho que eu aprendi da forma certa...” [Carla]

Recentemente, estudos tem demonstrado a importância de um acompanhamento continuado pelos profissionais de saúde, com o objetivo de orientar as mães de prematuros para o cuidado após a alta hospitalar, com o propósito de prepará-las para enfrentar possíveis intercorrências e acalmá-las em relação ao desenvolvimento do filho, compreendendo que a continuidade do cuidado em domicílio será realizada pelos pais (MORAIS, 2008; FONSECA, MARCON 2010).

Nesse contexto, observamos a importância dos profissionais que atuam nessas unidades, no que diz respeito ao acolhimento e orientações aos pais,

incentivo ao fortalecimento do vínculo mãe-bebê, sendo determinantes para continuidade e sucesso da aplicação do Método Canguru.

Na subcategoria “Realização de cuidados e sentimentos maternos”, as verbalizações demonstraram nitidamente a satisfação das mães quanto à realização dos cuidados básicos com seu filho, como trocar fralda, amamentar, colocar pra dormir, posicionar no método, exceto dar banho que, nessa instituição, é função da equipe de enfermagem. Podemos conferir nos relatos a seguir:

“Troco fralda, o banho a menina dá, porque a gente não tem experiência por ser pequenininha né? [...] boto pra dormir, se tá chorando eu vou lá pego, dou carinho, é mais isso... A mamada que é o mais lindo que eu acho. É muito emocionante, mesmo doendo mas pra mim é a maior alegria, pode doer todos os dias” [Bianca]

“Eu faço todos né, eu troco, eu só não dou banho, mas eu troco, arrumo ela, coloco pra amamentar, brinco com ela, passo o dia com ela, coloco na posição...” [Carla]

“Boto na posição da mãe canguru, troco, tenho cuidado no jeito de pegar também, porque as vezes dá problema também [...] boto pra dormir, elas [enfermeiras] dão o leite, eu ponho pra arrotar. [...]Acho bom tá com ela, ajeitar ela, dar carinho, porque sempre é o que criança precisa” [Isabel]

Já em relação aos sentimentos referidos pelas mães, a maioria, declarou “sentir-se mãe de verdade” quando realizam tais cuidados, conforme as seguintes falas:

“Ah como mãe né? Mãe de verdade, quando tá na barriga a gente se sente mãe, mas depois que nasce, a gente colocar no colo, sentir o calorzinho, a respiração, é muito gostoso.” [Bianca]

“Eu me sinto uma mulher realizada, uma mãe realizada, fico muito feliz também...” [Flora]

“Eu me sinto mãe, eu sinto que eu estou realmente realizando né, o papel de ser mãe, que eu estou tendo uma utilidade, que o bebê precisa de mim.” [Júlia]

Nesse aspecto, há a transição das mães entre a fase em que sentiam tristeza e frustração (UTIN/UCIN) para de autonomia e satisfação (Alojamento Canguru). Destaca-se que os cuidados ainda são assistidos ou mantidos pela equipe, como no

caso do banho, enquanto a amamentação e outros cuidados são gradualmente estimulados pelas profissionais e assumidos pelas mães.

Diante disso, ser “mãe de verdade” diz respeito a assumir os cuidados com o bebê, exercer a maternagem socioculturalmente e afetivamente construída neste contexto.

Ainda sobre a subcategoria acima, as mães relataram sobre o “Cuidado mais fácil e mais difícil” que realizavam junto ao seu bebê no alojamento mãe canguru. Com relação à percepção materna de “Cuidado mais fácil”, as respostas apresentaram maior diversidade, destacando-se a realização de todos os cuidados (n=4), amamentar (n=4) e trocar fraldas (n=3). Já sobre o “Cuidado mais difícil”, os relatos apontaram para maior frequência de banho (n=5), seguido de colocar para arrotar (n=2) e lidar com o choro (n=1). Apenas a participante Érica considerou que nenhum cuidado era difícil, inclusive o banho.

É relevante destacar que todas as mães inseridas no Alojamento Mãe Canguru recebem orientações sobre os manejos adequados para o banho, porém devido esse cuidado ser realizado pela equipe, muitas delas, sentem-se despreparadas e inseguras quanto ao tamanho do bebê. Entretanto, as mesmas relatam a percepção de progresso no próprio desempenho, o que pode representar ganho de autoeficácia materna percebida.

Já, em relação à subcategoria “Interação mãe-bebê”, os relatos das participantes descreveram, de forma geral, a relação atual com seu bebê com base na percepção das mesmas. Os relatos apontaram o predomínio de sentimentos positivos que expressaram satisfação e conexão com o bebê, conforme as falas seguintes:

“Ah...a gente tá se apaixonando um pelo o outro, cada dia eu vou descobrindo uma coisinha a mais, cada dia eu vou me encantando mais com um gesto que ele faz [...] e eu sinto também que cada vez mais ele já tá interagindo, quando eu vou falando ele vai escutando, eu acredito que a medida que os dias vão passando a gente vai estreitando mais essa relação.” [Júlia]

“Ela já me conhece totalmente, quando eu falo ela já fica olhando, já sabe que sou eu, se ela tiver chorando no braço de outra pessoa e eu pego ela, já sabe que sou eu, converso com ela.” [Carla]

“Tá boa, responde, eu chamo por ela, ela procura assim, começa a rir [...] Quando eu pego nela, fica tranquila, não chora não, é a noite todinha dormindo.” [Erica]

“Ah... uma relação de muito amor, de muita entrega... responde quando a gente conversa com ela, ela sorri, fica sorrindo” [Helena]

Os bebês internados em incubadoras apresentam uma barreira no início do contato e interação com sua mãe. A formação do vínculo não é um acontecimento imediato, já que ocorre por meio de interações consecutivas. Assim, quanto mais oportunidades de interação entre mãe e bebê mais forte será o vínculo, que é fator preditivo para uma amamentação duradoura e cuidados adequados (SÁ, 2011).

De acordo com Costa et al. (2014) a posição canguru intensifica o contato pele a pele entre mãe e filho, transmite carinho e calor, cria condições para o fortalecimento e estabelecimento do vínculo e do apego.

Em estudo realizado pelos mesmos autores, a percepção materna em relação ao contato com filho, através de método, mostrou-o como uma forma de ter o bebê mais próximo, traduzindo-se no contato mais íntimo mãe-bebê, como forma de sentir-se um só novamente. Assim, a importância do Método Canguru é mútua, conforme expresso nos discursos deste estudo.

Outros estudos reforçam ainda, que as vivências maternas no Método Canguru estão relacionadas ao aumento do vínculo entre a mãe e o bebê; a diminuição do tempo de separação entre o recém-nascido e a família, evitando longos períodos sem a vigilância dos cuidados pela mãe e a melhora no relacionamento da mãe e família entre eles e com a equipe que cuida do bebê (ARIVABENE, TYRRELL, 2010).

5.2.3 Categoria 3 - Vivenciando o Método Canguru

Esta terceira categoria diz respeito à vivência do Método Canguru percebida pelas mães e a qualidade de assistência prestada ao seu bebê. Desta, emergiram as seguintes subcategorias: Orientações recebidas quanto ao Método Canguru; Benefícios e Prejuízos do Método para o bebê; Facilidades e Dificuldades da permanência no Método; Estratégias de enfrentamento frente ao Método Canguru; Percepção materna quanto funcionamento e assistência recebida no Alojamento Canguru.

A subcategoria “Orientações recebidas quanto ao Método Canguru”, se refere ao recebimento ou não das orientações básicas quanto ao funcionamento e benefícios do método canguru, quando na admissão da entrevistada no alojamento conjunto. As verbalizações, em sua maioria, mostraram que as mães foram corretamente orientadas a respeito do Método Canguru e funcionamento do setor, como se verifica nas falas a seguir:

“Recebi. Que tinha que colocar ele na barriguinha, amarrar e ficar o máximo de tempo possível com ele, para ajudar a ganhar peso, pra ele sentir o calor da mãe.” [Ana]

“Sim, desde o início. Que é importante tanto pra o crescimento dela [...] ela sentir mais aconchegante, porque ela passou tanto tempo na UTI né? Aí pra sentir que tá comigo. Disse que era importante que fazia até ela engordar mais...” [Bianca]

“Elas falaram assim...que é importante porque ajuda o bebê tanto a ganhar peso, como é bom porque o bebê que é prematuro né, ele precisa ficar bem acolhido e aí quando tá no método canguru é como se tivesse na barriga da mãe. E os benefícios é, ficar sentindo o calor, o bebê fica bem relaxado.” [Júlia]

Nesse contexto, observamos que as orientações dadas às mães seguem o manual do Ministério da Saúde acerca do Método Canguru, onde o mesmo destaca ainda outras vantagens para a díade mãe-bebê, como:

“Aumenta o vínculo mãe-filho, reduz o tempo de separação mãe-filho, melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do RN de baixo-peso, estimula o aleitamento materno, permite um controle térmico adequado, favorece a estimulação sensorial adequada do RN, contribui para a redução do risco de infecção hospitalar, reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso, propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde e possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho” (BRASIL, 2011a).

Segundo Veras e Traverso-Yépez (2011), o Método Canguru por ser uma política de humanização é centrado no bem-estar dos usuários no âmbito hospitalar. Entretanto, em seu estudo foi detectado que, apesar de muitas mães reconhecerem a importância de permanecer na maternidade acompanhando o bebê, elas explicitam o desejo de retornar o mais cedo possível para casa. Todavia, a grande

maioria das mães não era informada que possuía o poder de decidir ir para casa, e assim elas “chegam acreditando que têm que ficar enquanto o bebê estiver aqui”.

Essa realidade foi encontrada no nosso estudo, como podemos verificar a seguir:

“Eu poderia dizer que eu queria tá em casa, mas já que eu estou aqui né, significa por um lado um ponto positivo porque se ele não tivesse melhorado, não tivesse evoluído ele não tinha saído da UTI, então... significa que eu tô pertinho ir pra casa, porque ele tá ganhando peso e em breve a gente vai poder ter alta.” [Júlia]

“Eu mesma já disse pra ele [marido] que eu não aguentava ficar mais, as vezes da aquela saudade né, aí eu comecei a chorar, essa semana mesmo [...] Ele foi ligou pra mim perguntando o que era que eu tinha, aí eu disse que não aguentava mais ficar longe, longe da minha família, aí ele disse: “não, fique, pela menina, fica aí tudo, que aí tem mais assistência... Aí eu fiquei “ [Gilda]

Nesse sentido, observamos que, no Método Canguru, o cuidar é atribuído à mãe/mulher, tornando-a protagonista desta ação. Contudo, a sua condição como sujeito é invisibilizada, ou seja, as expectativas atribuídas às mulheres e às reais possibilidades e dificuldades para participação do método são desconsideradas.

Assim, Bernardo e Zucco (2015) enfatizam que, os benefícios proporcionados pelo Método Canguru na interação mãe-bebê são notórios, porém esta ação ocasiona para mãe-mulher um grupo de tarefas que se somam a outras previstas com o exercício da maternidade, podendo impossibilitar o desenvolvimento do método, uma vez que, a mãe pode não ter disponibilidade, apoio familiar e/ou desejar desempenhá-lo.

Ressalta-se que a maternidade em estudo disponibiliza estrutura, alimentação e acesso livre a pais e familiares para visita, no entanto, o regime é integral, ou seja, a mãe reside na maternidade até a alta do bebê do alojamento canguru. Porém, se por algum motivo a mãe necessite se ausentar, a equipe do setor assume a responsabilidade pelo bebê, não havendo ruptura do tratamento por falta de vaga ou atendimento.

Em contrapartida, o estudo realizado por Gontijo, Xavier e Freitas (2012), foram analisadas as dificuldades e facilidades da implantação do Método Canguru em maternidades brasileiras, do ponto de vista dos gestores, profissionais e mães. Os autores identificaram que entre as principais deficiências apontadas no método

canguru está a falta de espaço físico para adequação do ambiente às necessidades da mãe e bebê, o que acarreta desconforto, além de falta de espaço de convivência. A mesma inadequação da estrutura física também foi encontrada em outros estudos, demonstrando a dificuldade de implementação de uma prática assistencial de qualidade (NEVES et al., 2006).

De modo geral, é observado nesses estudos que as mães são obrigadas a permanecer o tempo integral na enfermaria ao lado da sua criança. Muitas delas, quando precisam se ausentar do âmbito hospitalar, devem o pai da criança ou outro membro da família para substituí-las. Diante da impossibilidade da substituição, é necessária a utilização de um leito na UTI Neonatal para a criança neste período, a qual se dará mediante autorização do médico, enfermeira e assistente social (SILVA, 2014).

Já para Fulan, Scochi, Furtado (2003), a permanência da mãe no Método, na instituição, muitas vezes somente é possível em regime de semi-internação. Estratégia que pode reduzir a ansiedade e os problemas familiares decorrentes da ausência materna no domicílio, mas, por outro lado, as mães com menor poder aquisitivo sofrem certo desgaste físico e emocional, além do aumento do gasto com deslocamento e alimentação.

Com base no exposto acima, verificamos a intensa divergência na aplicabilidade do método canguru nas maternidades brasileiras, o que demonstra a dificuldade de implementação de uma prática assistencial de qualidade.

Os relatos que compõem à subcategoria “Benefícios e Prejuízos do Método para o bebê e mãe”, expressam, em sua maioria, um conhecimento percebido de todas as participantes quanto aos benefícios e prejuízos do método para o bebê e para si própria, como observado nos relatos seguintes:

“Sim, porque ela chegou muito pequenininha e agora ela tá bem...tá engordando, tá ficando calma quando eu pego [...] ela tá se acordando mais, quando ela chora muito eu acalmo ela dessa forma [...] Acho que pra mim todos os benefícios, porque eu tenho contato com minha filha, eu sinto o calor dela também, eu passo meu calor e eu sinto que ela sente meu cuidado, e fica calma, relaxa [...] eu gostei muito e tanto que em casa eu vou fazer, porque eu aprendi, me ensinaram. Prejuízo não, nenhum.” [Débora]

“Tem, melhorou muito, ela tá mais calma, porque antes ela não era calma, chorava, tá bem melhor ela.. ganhou peso, mantém a

temperatura normal, bem melhor. [...] Tem. Ficar pertinho dela, sentindo o calorzinho dela. Não, só benefícios.” [Helena]

“Teve benefícios, porque nos dias que ela dorme em cima de mim é os dias que pega mais peso, a posição também, porque logo quando sai da UTI é bem molinho, eu já acho ela mais durinha [...] Eu me sinto bem quando eu amarro ela assim ...eu fico feliz quando eu coloco ela em cima de mim” [Isabel]

Destaca-se que nenhuma participante identificou prejuízos do método para o bebê ou si mesma, ainda que estimuladas a esse respeito. Tal ausência de apontamentos possivelmente se justifica pela oportunidade de vivenciar e de comparar o estado prévio do bebê (com maior risco de morte) e o contato mais restrito com o estado atual.

Embora não tenham verbalizado prejuízos, as participantes apontaram pontos de melhoria no setor, como: o aumento do quadro de profissionais, e conseqüentemente da assistência, visto a grande demanda para quantidade reduzida de profissional; e integrar ao ambiente atividades lúdicas ou educativas, como forma de maior conforto emocional, como constatado nessas falas:

“Eu acho que podia melhorar assim, em questão dos funcionários. Assim... porque é uma funcionária ...quando tem muito bebê, é muito corrido pra uma funcionária só, aí pra melhorar que fosse pra melhorar podia ter mais duas enfermeira” [Érica]

“O espaço é muito bom, eu acho suficiente. Eu sinto falta da internet. Que nem muitas mães falam isso: “ai tá sem internet aqui, wifi seria bom pra nós”. Porque quando a menina tá dormindo aí gente fica sem saber o que fazer, aí dá aquela ansiedade, aí vai assistir, mas assistir já tá cansada de tanta televisão”. [Bianca]

“A sugestão que eu teria, seria não pra todos os casos né, mas casos específicos, como de a mãe chegar aqui e tem ...talvez tem algumas mães que precisam mais de ajuda do que outras né, então acho que assim, talvez mais uma orientação como realizar as atividades simples, como trocar a fralda, ajudar a mãe a amamentar corretamente porque nem todas já chega aqui sabendo né. [Julia]

A análise referente às “Facilidades e Dificuldades da permanência no Método Canguru”, com maior frequência, mostrou que o que facilitava a permanência delas no Método, era o fato de “*estar com o filho*” (Ana) e quanto às dificuldades o predomínio dos relatos foram “*a distância e saudade da família*” (Ana).

“Essa questão a família dando apoio, vindo, meu esposo vem dia sim dia não [...] então assim essa é a facilidade de eu permanecer, não me sentir só [...] A dificuldade maior eu acho que é a saudade, a saudade de sua casa, saudade da sua família, mas a gente volta né [...] eu sei que minha filha tá bem, às vezes bate saudade, mas dá pra aliviar.” [Carla]

“Pra mim é bom porque pode tá perto da minha filha [...] E assim... eu no começo, eu não achava bom porque eu ia ficar sozinha, mas agora eu me acostumei já. O importante em primeiro lugar é minha filha. De achar ruim eu acho, não vou dizer que não acho né, mas minha filha vem em primeiro lugar.” [Gilda]

“Torna fácil ficar, porque tô perto dela, tô cuidando dela, aí fica mais fácil. E fica mais difícil quando eu lembro de casa, da minha família, porque é triste ficar longe de quem a gente gosta também né.” [Helena]

“A facilidade de estar aqui é porque tô com o bebê, tem o auxílio também das técnicas né, qualquer dúvida, qualquer coisa que eu tiver e tem sempre o acompanhamento pediátrico todos os dias, que em casa não vai ter. E as dificuldades pra mim é por conta que quando eu vim prá cá a cesária tinha poucos dias e aí eu tô tendo algumas dificuldades.” [Julia]

Corroborando com os relatos acima, Silva (2014), constatou que, a maioria das mães expõe como maior dificuldade de vivenciar o método canguru: estar longe de suas casas, por sentirem saudades do esposo, de outros filhos e demais familiares. Esses dados também foram encontrados no estudo de Campos et al. (2008), no qual as mães sentiam além do bem-estar de estar próximos de seus filhos no Método Canguru, tristeza, por estarem longe de sua família e/ou outros filhos.

Quanto à subcategoria “Estratégias de Enfrentamento frente ao Método Canguru”, as mães verbalizaram como lidam com a principal dificuldade assinalada por elas no contexto do método, que é a longa permanência no Alojamento Conjunto e conseqüentemente a distância de seus lares e famílias. Logo, estes relatos apontaram para o apoio familiar, do companheiro e equipe profissional, além do vínculo com o filho, como formas de enfrentar esse período. Podemos conferir nas seguintes falas:

“Eu todos os dias falo com minha família, meu marido, e minha mãe vem me visitar, toda semana não, porque ela mora muito longe, mas uma semana sim outra não, meu marido também vem, minha irmã,

eles ligam todos os dias pra mim, pra saber da menina, de mim.”
[Gilda]

“Eu penso assim... em Deus e também no melhor pra ela, que o melhor pra minha filha é ficar na canguru agora né, eu tenho que ver qual o melhor pra ela. A minha mãe também, ela fica me aconselhando, falando que eu tenho que ter fé, que eu tenho que ver o que minha filha precisa, tenho que pensar na minha filha, minha mãe sempre do meu lado.” [Helena]

“A gente tá tentando né se adaptar, ele [o esposo] sempre vem, quando pode e a gente se fala constantemente por telefone, ele tá com saudade também do bebê que ele queria estar junto e ele sempre expressa isso quando vem. E a gente assim, fica torcendo pra que dê certo pra ir pra casa quanto mais rápido possível” [Júlia]

As verbalizações das participantes que compõem a subcategoria “Percepção materna quanto ao funcionamento e assistência no Alojamento Canguru”, expressaram, de forma geral, uma avaliação satisfatória quanto à assistência, o ambiente e funcionamento, com destaque para papel da equipe em contribuir para o desenvolvimento da segurança materna, ao ensiná-las a realizar os cuidados do bebê, como exemplifica as falas a seguir:

“Eu acho muito bom ali, acho que, tanto da parte total ali da limpeza, de tudo, das comidas, das meninas são ótimas, das enfermeiras eu gosto de todas [...] o espaço é muito bom, eu acho suficiente [...] vou levar pra minha vida toda essa experiência que eu tive aqui”. [Bianca]

“Eu gostei de todos...de tudo, lá é tudo cem por cento bom.” [Gilda]

“...lá você tem uma ala de visita, você tem o quarto separado, .se você quiser conversar com as meninas, você conversa, se você não quiser você não conversa, então é aquela coisa, você tem o seu espaço ali. Você tá aonde você quiser, ninguém diz “ olhe você fique dentro do quarto, você não pode sentar aqui, você não pode fazer isso.” Não, você é livre, é como se tivesse em casa, então pra mim tudo lá é ótimo, então crítica eu não tenho nenhuma, só tenho elogios a fazer” [Débora].

Sendo assim, ressalta-se a importância do papel da equipe de saúde ao proporcionar um ambiente o mais acolhedor possível; a compreensão individual de cada necessidade verbalizada pelas mães, assim como os encaminhamentos necessários para possível solução das intercorrências, tendo em vista à promoção do bem-estar da mãe-bebê e o cumprimento dos objetivos do Método Canguru.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas de saúde direcionadas à assistência materno infantil, em especial aos cuidados neonatais, através do Método Canguru, tem contribuído para sobrevida e redução da morbimortalidade dos recém-nascidos de baixo peso e/ou pré-termos. O nascimento prematuro de um bebê acarreta para as mães e familiares inúmeras situações estressoras como o medo de cuidar de um bebê frágil e o medo de morte.

Nesse sentido, tendo em vista colaborar para a construção de uma assistência humanizada e efetiva a estas mães, bem como a redução do sofrimento emocional das mesmas, a análise da percepção das mães no contexto da segunda etapa do Método Canguru nos permitiu ampliar o conhecimento sobre o cotidiano destas mães, suas experiências, dificuldades e facilidades percebidas, além do conhecimento quanto ao funcionamento e assistência recebida no alojamento canguru. Desse modo, expandiu-se o foco do cuidado para as mães, suas vivências e percepções.

Dentre as contribuições do estudo, identificou-se que a segunda fase do Método Canguru configura-se tanto como etapa de ressignificação, como um processo de transição. Enquanto que na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal os cuidados são integralmente assumidos por uma equipe multidisciplinar e o contato entre mãe e bebê é restrito, no Alojamento Mãe Canguru a mulher gradualmente constrói a maternagem ao aprender e vivenciar a autonomia nos cuidados e na relação com seu bebê.

Para as mães, o alojamento conjunto é um espaço de aprendizagem contínuo que oferece benefícios importantes para seu bebê e que, embora se sintam bem por estar junto ao bebê há dificuldades ocasionadas pela longa permanência, como a distância, a tristeza decorrente da saudade dos outros filhos e da família. Contudo, o apoio familiar, do companheiro e equipe profissional, além do vínculo com o filho, contribuiu para enfrentarem esse período. De maneira geral, as mães expressaram estar satisfeitas quanto à assistência prestada, o ambiente e funcionamento, com destaque para papel da equipe, que contribuiu para o desenvolvimento da segurança materna, ao orientá-las a realizar os cuidados do bebê.

A ambiguidade vivida pelas mães quanto aos sentimentos, cuidados e até mesmo a vida e possibilidade de morte do filho aponta a necessidade de refletir

sobre o papel das mães no contexto do Método Canguru e considerá-las em sua integralidade, ou seja, mulheres que tem diferentes papéis e respostas devem ser assim assistidas. A sensibilização e capacitação da equipe de saúde para a subjetividade e individualidade das mães de bebês prematuros contribuirá para uma assistência de qualidade, com ênfase no olhar para estas mulheres como sujeitos participantes do processo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. K.; SILVA, D.B.; VIEIRA, A. C. B. Percepção dos pais em relação ao atendimento do RN prematuro em UTI Neonatal do hospital materno infantil de Goiânia-GO. **Revista de Trabalhos Acadêmicos**, 2010.

ALMEIDA, H. et al. The impact of kangaroo care on exclusive breastfeeding in low birth weight newborns. **Jornal de Pediatria** - Vol. 86, Nº 3, 2010.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, 3(2), 273-294.

APGAR, V. A proposal for a new method of evaluation of the new born infant. **Curr Res Anesth Analg**. 1953; 32(4): 260-7

ARIVABENE, J. C.; TYRRELL, M. A. R. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, mar-abr 2010; 18(2).

ARRUDA, D.C; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto Contexto Enferm**. 2007; 16(1): 120-8.

ASSUNÇÃO, P. L. **Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande/PB, Brasil: um estudo de caso controle**. 2010. 141 f. Tese. (Programa de Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

AZOULAY, E.; SPRUNG, C.L. Family-physician interactions in the intensive care unit. **Crit. Care Med**. Nov, v. 32, n. 11, p. 2323-8, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: LDA. 2009.

_____. **Análise de conteúdo**. Edição Revista e Atualizada. Tradução por Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 71, 2011.

BECK, S. et al. The world wide incidence of preterm birth: a system aticre view of maternal mortality and morbidity. **Bull World Health Organ**. 2010; 88:31-8.

BEHRMAN, R. E.; BUTLER, A. S. Preterm Birth: Causes, Consequences and Prevention. Washington. **National Academies Press**, 2007.

BERNARDO, M. A. R. (2012). **Vinculação e estratégias de coping em mães de crianças prematuras**. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

BERNARDO, F. R.; ZUCCO, L. P. A CENTRALIDADE DO FEMININO NO MÉTODO CANGURU. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 154-174, Dec. 2015.

BOTELHO, S. M. et al. Maternal care of the premature child: a study of the social representations. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2012, vol.46, n.4, p. 929-934.

BRANDON, B. H. et al. Emotional responses of mothers of late preterm and term infants. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. 2011; 40(6): 719-31.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.569**, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2000b. p.112

_____, Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru** – manual técnico. Brasília: 2002.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico**. Portaria nº 1071. Jul, 2005.

_____, Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher – Brasília: 2005. 158p.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.683**. Aprova, na forma do anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jul. 2007.

_____, Ministério da Saúde. **Instituição, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), da Rede Cegonha**. Portaria nº 1.459. 24, jul, 2011.

_____, Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru**: manual técnico 2ºed. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Cuidados com o Recém-Nascido Pré-Termo: Guia Para os Profissionais de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, v.4 Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

_____, Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5a ed. Brasília (DF): 2012. Infecção urinária; p. 111-2.

_____, Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, 2. ed. – Brasília, 2012a.

_____, Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed. rev. Brasília: 2013. p. 318.

_____, Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atuali. Brasília, 2014.

BRITO, M. H. A. **Modelos de assistência neonatal: comparação entre o método mãe canguru e método tradicional** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.

BRITO, M. H. A.; KREBS, V. L. J.; GRISI, S. J. F. E. **Reflexões sobre a humanização da assistência ao recém-nascido de muito baixo peso**. *Pediatria - São Paulo*; 32(4):281-7, 2010.

CAMARGO, C. L. et al. Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n.3, p, 267-275, set/dez 2004.

CAMPOS, A. C. S. et al. Vivência no método mãe canguru: Percepção da mãe. **Rev. Rene**. (Fortaleza), v. 9, n. 3, jul./set.2008 p. 28-36.

CARVALHO, M. R.; PROCHNIK, M. **Método Mãe-Canguru de atenção ao prematuro**. Rio de Janeiro: BNDES, 2001. v.1 (Coleção BNDS Social).

CASCAES, A. M. et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cad. Saúde Pública**. 2008; 24(5): 1024-32.

CASSIANO, et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, 65 (2): 227-244 abr/jun, 2014.

CASTRAL, T. C. et al. Fatores maternos influenciam a resposta à dor e ao estresse do neonato em posição canguru. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. maio - jun. 2012.

CASTRO, A. G. Desenvolvimento do sistema sensorio motor oral e motor global em lactentes pré-termo. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. Barueri. v. 19, n. 1, p. 29-38, jan.-abr. 2007.

CHALEM, et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.1, p. 177-186.

COHEN, W. R. Does maternal age affect pregnancy out come? **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v.121, p.252-254, 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. **Cad Saúde Pública** 2006; 22:597-607.

COSTA, R. Da incubadora para o colinho: o discurso materno sobre a vivência no método canguru. **Rev Enferm Atenção Saúde** [Online]. jul/dez 2014; 3(2):41-53.

COSTA, R.; KLOCK, P.; LOCKS, M. O. H. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, jul/set; 20(3):349-53, Rio de Janeiro, 2012.

CRUVINEL, F. G.; MACEDO, E. C. Interaction between mothers and pre-term infants and mood changes: a comparison between the Kangaroo Mother Method and those observed on a visit to a Neonatal Intensive Care Unit. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 7 (4): 449-455, out. / dez., 2007.

CRUZ, C.; RIBEIRO, U. **Metodologia científica - teoria e prática**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2004.

DALZIEL, S. R. et al. Cardiovascular risk factors at age 30 following preterm birth. **Int J Epidemiol.** 2007; 36:907-15.

EVANS, T. et al. (2012) What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted?. **Infant Behavior and Development**, 35(1), 1-11.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: revisão de literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2005, 18(3), pp 381-389.

FAVARO, M. S. F.; PERES, R. S.; SANTOS, M. A. **Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas**. *Psico-USF*. 2012. 17(3): 457-65.

FOCH, G. F. L. Enfrentamento religioso-espiritual de mães de bebês em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Dissertação Mestrado. 218p. PUC – Campinas, 2015.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, 21, 219-239.

_____ (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, 48, 150-170.

FOLKMAN, S. et al. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, 50, 571-579.

FOLKMAN, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. **Journal of Personality and Social Psychology**, 46, 839-852.

FORMIGA, C. K. M. R.; LINHARES, M. B. M. (2009). Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 46(2). 472-480.

FRAGA, I. T. G.; PEDRO, E. N. R. (2004). Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, 25(1), 89-97.

FREGONESE, A. A. **Gestantes de alto risco com e sem histórico de óbito fetal ou neonatal: sintomas de ansiedade e depressão, capacidade para o relacionamento com o feto e estratégias de enfrentamento**. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - São Paulo, 2014.

FREITAS, J. O.; CAMARGO, C. L. Método Mãe-Canguru: evolução ponderal de recém-nascidos. **Acta paul. enferm.** [online]. 2007, vol.20, n.1, pp. 75-81.

FURLAN, C. E. F. B.; SCOCHI, C. G. S.; FURTADO, M. C. C. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. 2003.

GAÍVA, M.A.M. SCOCHI, C.G. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 58(4): Jul-Ago, 2005.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**. 2002; 18:153-61.

GERIR - Instituto de Gestão em Saúde. **Hospital e Maternidade Dr. Peregrino Filho**. Disponível em: <http://gerir.org.br/patos-pb/>. Acesso em 20/12/2015.

GILBERT, N. M.; O'BRIEN, V. P.; HULTGREN, S. et al. Urinary tract infection as a preventable cause of pregnancy complications: opportunities, challenges, and a global calltoaction. **Global Advances in Health and Medicine Journal**, v.2, n.5, p.59-69, 2013.

GOMES, M. A. S. M. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar. Organização da Assistência Perinatal no Brasil. In: MOREIRA, M.E.L.; LOPES, J.M.A.; CARVALHO, M. (Org). **Coleção Criança, Mulher e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GONTIJO, T.L. et al. Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns – the Kangaroo Method. **J Pediatr** 2010; 86:33-9.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Evaluation of the implementation of Kangaroo Care by health administrators, professionals, and mothers of newborn infants. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(5): 935-944, mai, 2012.

GOUTAUDIER, N. et al. Premature birth: subjective and psychological experiences in the first weeks following child birth, a mixed-methods study. **J Reprod Infant Psychol**. 2011; 29(4): 364-73.

GOVERNO DA PARAÍBA. **Método Canguru é desenvolvido com sucesso pela Maternidade de Patos**. [internet]. 2013. [acesso em: 20/07/2014]. Disponível em: <http://www.paraiba.pb.gov.br/72208/metodo-canguru-e-desenvolvido-com-sucesso-pela-maternidade-de-patos.html>.

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, Florianópolis**, v. 16, n.4, p. 626-635, out/dez 2007.

HACKENHAAR, A. A.; ALBERNAZ, E. P. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. 2013, vol.35, n.5, p. 199-204.

HAGBERG, H.; JACOBSSON, B. (2005) Brain injury in preterm infants: what can the obstetrician do? **Early Human Development**, 81 (3), 231-235.

HALL, D.; KIRSTEN, G. (2008). Kangaroo Mother Care – a review. *Transfusion Medicine*, 18, 77–82.

HENNIG, M. A. S.; GOMES, M. A. S. M.; GIANINI, N. O. Conhecimentos e Práticas dos Profissionais de Saúde sobre a “Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru”. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 6, n. 4, p. 427-435, 2006.

HENNIG, M. A. S.; GOMES, M. A. S. M.; MORSCH, D. S. Atenção humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso. Método Canguru e Cuidado Centrado na Família: Correspondências e Especificidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n.3, p. 835-852, 2010.

HOLDITCH-DAVIS, D. et al. Patterns of distress in African-American mothers of preterm infants. **J Dev Behav Pediatr**. 2009; 30(3): 193-205.

HUGHES, M. et al. (1994) . How parents cope with the experience of neonatal intensive care. **Child Health Care**, 23(1), 1-14.

JUBINVILLE, J. et al. Symptoms of a acute stress disorder in mothers of premature infants. **Adv Neonatal Care**. 2012; 12(4): 246-53.

KOHLSDORF, M. (2008). **Análise das estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças e adolescentes em tratamento de leucemias**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, DF.

KOHLSDORF, M.; COSTA JÚNIOR, A. (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. **Estudos de Psicologia**, 25(3), 417-429.

KRISTENSEN, C. H.; SCHAEFER, L. S.; BUSNELLO, F. B. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. **Estudos de Psicologia**, 27(1) 21-30.

KRUM, F. M. B.; & BANDEIRA, D. R. (2008). Enfrentamento de desastres naturais: o uso de um coping coletivo. **Paidéia** 18 (39) 73-84.

LAGES, C. D. R. et al. Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva. *Rev Rene*. 2014 jan-fev; 15(1):3-11.

LAMY, Z. C. et al. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3), 659-668.

LAMY FILHO F. et al. Evaluation of the neonatal out comes of the kangaroo mother method in Brazil. **J Pediatr**. 2008; 84:428-35.

LAMY, Z. C. et al. (2011). Construção do papel materno a partir das vivências de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais. **Revista de Pesquisa em Saúde**, 12(1), 14-21.

LAPASSADE, G. (1992). La méthode ethnographique (observation participante et ethnographie de l'école): <http://www.ai.univ-paris8.fr/corpus/lapassade/>

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer.

LELIS, B. D. B. **O acolhimento materno contexto da prematuridade em um Hospital Amigo da Criança**. Dissertação Mestrado, Universidade de São Paulo, 2014.

LIMA, M. C. B. M. et al. Desigualdade espacial do Baixo Peso ao Nascer no Brasil. **Ciênc. Saúdecoletiva** [online]. 2013.vol.18, n.8, pp. 2443-2452.

LINHARES, M. B. M. **Vulnerabilidade, risco e proteção no desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo**. 2009. Tese (Livre-Docencia) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Pauço, Ribeirão Preto.

MADU, S.N.; ROOS, J.J. (2006). Depression a mong mothers with preterm infants and their stress-coping strategies. **Social Behavior and Personality**, 34(7), 877-890.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica: ciência e conhecimento, método científico, teoria, hipótese e variável, metodologia jurídica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARGOTO, P. R.; MOREIRA, A. C. G. Classificação do Recém-Nascido. In: SOUZA, B. G. **Enfermagem Neonatal: Cuidado Integral ao Recém-Nascido**. São Paulo: Martinari, 2011.

MARTINS, M. da G. et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**[online]. 2011, vol.33, n.11, pp. 354-360.

MAZOR-DRAY, E. et al. Maternal urinary tract infection: is it independent lyassociated with adverse pregnancy out come? **J Matern Fetal Neonatal Med**. 2009. 22(2):124-8.

MENEZES, P. R. M. et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saude soc.** [online]. 2014, vol.23, n.3, pp. 778-786.

MILTERSTEINER, A. R. et al. Physiological responses of the kangaroo mother position in low birth weight, spontaneous ventilating premature babies. **Rev. Bras. Saude Matern. Infant**. 2003, 3(4): 447-455.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº. 693, de 5 de julho de 2000. **Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. Diário Oficial da União, 2000.

_____. 2003. Relatório de gestão da Secretaria de Políticas de saúde. Período 2000-2003.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS** (série b. Textos básicos de saúde). Redes de produção de saúde. Brasília, DF. 2009.

_____. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. Brasília, abril 2015.

MISUND, A. R. et al. Long-term risk of mental health problems in women experiencing preterm birth: a longitudinal study of 29 mothers. **Ann Gen Psychiatry**. 2013; 12(33): 2-9.

MOREIRA, J. O. et al. Programa Mãe-Canguru e a Relação Mãe-Bebê: Pesquisa Qualitativa na Rede Pública de Betim. **Psicologia em Estudo**, 2009, Maringá, 14(3), 475-483.

MURTA, S. G.; GUIMARÃES, S. S. (2007). Enfrentamento à lesão medular traumática. **Estudos de Psicologia**, 12(1), 57-63.

NEVES, F. A. M. et al. Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em hospital universitário. **Acta Paul Enferm**. 2006; 19:349-53.

NYQVIST, K. H. et al. (2010). State of the art andre commendations Kangaroo Mother Care: application in a high-tech environment. *Acta Pædiatrica*, 99, 812–819.

NYQVIST, K.H. et al. (2010b). Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendation sandreport from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. **Acta Pædiatrica**, 99, 820–826.

OLIVEIRA, T. G. et al. Apgar score and neonatal mortality in a hospital located in the southern area of São Paulo city, Brazil. **Einstein** (São Paulo) [online]. 2012, vol.10, n.1, pp. 22-28. ISSN 1679-4508.

PADOVANI, F.H.P. (2005). **Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparadas a mães de bebês**

nascidos a termo. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia e Educação. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

PADOVANI, F. H. P. et al. Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. **Rev. Bras. Psiquiatr.** Dec. 2004, vol.26, n.4, p.251-254. ISSN 1516-4446.

PATRA, J. et al. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birth weight, preterm birth and small for gestational age (SGA) – a systematic review and metaanalyses. **BJOG: Na International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v.118, n.12, p.1411-1421, 2011.

PEDROLO, F.T.; ZAGO, M.M.F. O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada do laringectomizado. **Rev Bras Cancerol.** 2002;48(1):21-28.

PEREIRA, A. C. M. M. **O processo de enfrentamento vivido por pais de indivíduos com fissura labiopalatina, nas diferentes fases do desenvolvimento.** Tese de Doutorado. HRAC – USP, Bauru 2005.

PINTO, I. D.; PADOVANI, F. H. P., LINHARES, M.B.M. (2009). Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 25(1), 75-83.

POLIT, D. F. ; BECK, C. T. (2011) - Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre : Artmed.

PORTAL CORREIO. **Primeiro bebê atendido pelo Mãe Canguru da Maternidade de Patos completa 14 anos.** [internet] 2013. [acesso em: 20/07/2014]; Disponível em: <http://portalcorreio.uol.com.br/noticias/cidades/gente/2013>.

RAMOS, F. P. (2012). **Uma proposta de análise do coping no contexto de grupo de mães de bebês prematuros e com baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.** Tese de Doutorado. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.

RODRIGUES, M. A. G.; CANO, M. A. T. Estudo do ganho de peso e duração da internação do recém-nascido pré-termo de baixo peso com a utilização do método canguru. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 185 - 191, 2006.

SÁ, F. B.R. **A relação mãe-bebê prematuro intermediada pelo Método Canguru vista à luz da teoria de Winnicott.** 230 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

SABROZA, A. R. et al. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Cad Saúde Pública.** 2004; 20 Suppl 1:S112-20.

SANTANA, J. C. B. et al. Método mãe canguru e suas implicações na assistência: percepção da equipe de enfermagem. **Enfermagem Revista.** Minas Gerais. v.16. n. 1.Jan./Abr. 2013.

SANTOS, L. M. et al. Maternal Perception of the skin to skin contact with premature infants through the kangaroo position. **Rev. Pesq.: Cuid. Fundam.** Online - jan./mar. 5(1): 3504-14, 2013.

SANTOS, A. C. W.; MORÉ, C. L. O. O. Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento.2011. **Paidéia**, 21(49), 227-235.

SANTOS, G. H. N.; MARTINS, M. G.; SOUSA, M. S. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2008;30(5):224-31

SANTOS, S. M. R.; FARIA, A. F. S. O.; VICENTE, E. J. D. A representação social das mães e profissionais de saúde que cuidam do recém-nascido hospitalizado e a relação dos profissionais com estas mães. **HU Rev.** 2007; 33(1): 7-15.

SAVOIA, M. G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). **Revista de Psiquiatria Clínica**, 26(2), 57-67.

SCOCHI, C.G.S.et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem noHospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v.11, n.4, 2003, , p.539-43.

SEIDL, E. M. F. Enfrentamento, aspectos clínicos e sóciodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. 2005. **Psicologia em Estudo**, 10(3), 421-429.

SEIDL, E. M. F. et al. (2007). Pessoas vivendo com HIV/Aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cadernos de Saúde Pública**, 23(10), 2305-2316.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 17(3), 225-234.

SEKI, T. N.; BALIEIRO, M. M. F. G. Cuidados voltados ao desenvolvimento do prematuro: pesquisa bibliográfica. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** São Paulo. v.9, n.2, p.67-75. Dez, 2009.

SHAW, R. J. et al. Screening for symptoms of post partum traumatic stress in a sample of mothers with preterm infants. **Issues Ment Health Nurs.** 2014; 35(3): 198–207.

SILVA, A. M. R. et al. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(10):2125-2138, out, 2009.

SILVA, J. M. Q. **Significado para mães sobre a vivência no método canguru. Dissertação** (mestrado) 81p. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem – Salvador, 2014.

SILVEIRA, M. F. et al. Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birthcohort. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.1, p. 185-194.

SILVEIRA, M. F. et al. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.6, p. 1267-1275, jun, 2009

SIQUEIRA, M. B. C.; DIAS, M. A. B. A percepção materna e cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 20(1):27-36, jan-mar, 2011.

SPEHAR, M. C. Mães de bebês prematuros no Método Canguru: aspectos psicossociais, enfrentamento e autoeficácia. [Dissertação Mestrado] -Instituto de Psicologia – IP, Universidade de Brasília, 2013.

SPEHAR, M. C.; SEIDL, E. M. F. Percepções maternas no método canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 647-656, out./dez. 2013.

STRATMANN, G. **Estresse, estratégias de enfrentamento e a percepção da imagem corporal em adolescentes: relações com o estado nutricional**. Tese de Doutorado. 83p. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. 2010.

TALLANDINI, M. A., SCALEMBRA, C. (2006). Kangaroo Mother Care and mother-premature infant dyadicinteraction. **Infant Mental Health Journal**, 27(3), 251–275.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e fatores de enfrentamento. **Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação**, 2009. 13(29), 395-408.

TOMA, T.S. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cad Saúde Pública**. 2003; 19:233-42.

TRIVIÑOS, A. N. S. Pesquisa Qualitativa. In: ____ **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. (2006). Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 28(1), 79-88.

VASCONCELOS, V.; PETEAN, E. B. L. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e indicadores de enfrentamento das gestantes. **Psicologia, Saúde e Doenças**, 2009. 10(1), 69-82.

VELHO, M. B. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulher. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012, Abr-Jun; 21(2): 458-66.

VÉRAS, R. M.; TRAVERSO-YÉPEZ, M. The Kangaroo Program at a Brazilian maternity hospital: the preterm/low-weight babies' health-care under examination. **Nurs Inq**. 2011; 18:84-91.

VÉRAS, R. M.; VIEIRA, J. M. F.; MORAIS, F. R. R. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-332, abr./jun. 2010.

VERAS, R. M.; YÉPEZ, T. M. A. A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso – Programa Canguru. **Revista Estudos Feministas**, 18(1), 61-80. 2010.

VETTORE, M. V. et al. Avaliação do manejo da infecção urinária no pré-natal em gestantes do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro. **Rev. bras. epidemiol. [online]**. 2013, vol.16, n.2, p.338-351.

VICTORA, C. G. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil**: progressos e desafios. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

WEINBERG, C.R.; SHI, M. The genetics of preterm birth: using what we know to design a better association studies. **American Journal of Epidemiology**, v.170, n.11, p. 1373-81, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: **World Health Organization**, 2012.p. 59.

ANEXOS

ANEXO A – Declaração da Instituição Coparticipante



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS – CEFOR PB
MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO-PATOS
“Hospital Amigo da Criança”

CARTA DE ANUÊNCIA

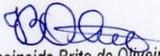
Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “ **ANÁLISE DO MÉTODO CANGURU A PARTIR DA PERCEÇÃO DAS MÃES E DE INDICADORES DE SAÚDE**”, á ser desenvolvido pela pesquisadora **LAYSA GABRIELLE SILVA MEDEIROS**, sob orientação da Prof.(a) Dra. Sílvia Regina Viodres Inoue, **está autorizada para ser realizado junto a este serviço.**

Outrossim, informamos que para ter acesso ao serviço da Rede Estadual da Saúde da Paraíba, fica condicionada a apresentação da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP** ao Serviço que receberá a pesquisa.

Observação: Este Projeto passou pela **Comissão Interdisciplinar de Análise de Projeto de Pesquisa da Maternidade Dr. Peregrino Filho**, com aprovação, conforme documento de nº **05** recebido em **17/11/2014**.

Atenciosamente,

Patos-PB, 18 de novembro de 2014.


Jussineide Brito de Oliveira
Coordenadora do NECE

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados

Termo de Consentimento de uso de Banco de Dados

Solicitação de Autorização para Pesquisa em Prontuário Clínico

Eu, Laysa Gabrielle Silva Medeiros, responsável principal pelo projeto de Mestrado Acadêmico, o qual pertence ao curso de Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, venho pelo presente, solicitar autorização da Maternidade Dr. Peregrino Filho, no setor Enfermaria Canguru para realização da coleta de dados através de prontuário clínico das puérperas submetidas ao Método Canguru no período de janeiro a maio de 2015, para o trabalho de pesquisa sob o título "Análise do Método Canguru a partir da percepção das mães e de indicadores de saúde". Sabe-se que a mortalidade neonatal no Brasil é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida. Contudo, estudos têm revelado que avanços científicos e tecnológicos empregados à terapia intensiva neonatal, têm contribuído significativamente para redução dessas taxas, o que promove um aumento da chance de sobrevivência dos recém-nascidos de baixo peso e uma ampla mudança na forma de cuidado dos mesmos. Dentre estas tecnologias de cuidado, destaca-se o Método Canguru (MC). A experiência profissional como Fisioterapeuta assistencial em uma Unidade Neonatal me motivou a estudar esse tema a partir da inquietação com a longa permanência das mães na enfermaria onde se aplica o Método. Sendo assim, na busca por construir uma prática integral e humanizada à atenção materno-infantil, esta investigação tem como objetivo analisar a qualidade de assistência prestada ao recém-nascido de baixo peso (Método Canguru) a partir da percepção das mães e de indicadores de saúde em uma Maternidade Pública no interior da Paraíba. Esta pesquisa está sendo orientada pela Professora Dr^a Silvia Regina Viodres Inoue.

Contando com a autorização desta instituição, nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Laysa Gabrielle Silva Medeiros

Laysa Gabrielle Silva Medeiros
RG 3141241

*Este projeto possui
pela Comissão Interdisciplinar
de Análise de Projeto de
de Pesquisa da Maternidade
Dr. Peregrino Filho, com
aprovação conforme documento
nº 05 recebido
em 17/11/2014*

Silvia Regina Viodres Inoue
Silvia Regina Viodres Inoue
RG 287877309
Universidade Católica de Santos

Jussineide Brito de Oliveira
Jussineide Brito de Oliveira
Coordenadora do NECE

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Título do Projeto: Método Canguru: Percepção Materna e Estratégias de Enfrentamento.

Pesquisador Executante: Laysa Gabrielle Silva Medeiros

Pesquisador Responsável: Dra. Sílvia Regina Viodres Inoue

Eu, Laysa Gabrielle Silva Medeiros, fisioterapeuta e estudante do curso de Mestrado da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a qualidade de assistência prestada ao recém-nascido de baixo peso, através do Método Canguru. Esta pesquisa pretende analisar o Método Canguru a partir da percepção das mães e de indicadores de saúde em uma Maternidade Pública no interior da Paraíba. Assim, gostaria de sua colaboração para responder uma entrevista, onde nesta serão feitas perguntas sobre dados sóciodemográficos e questões norteadoras relativas à temática, como: as facilidades e dificuldades de sua permanência no alojamento Mãe Canguru; a vivência do Método Canguru; a interferência dessa permanência no método sobre a vida pessoal e familiar, bem como as conseqüentes reações e formas de ação familiar. A entrevista poderá ser agendada no melhor dia e horário indicado por você. Além disso, a mesma será gravada em arquivo de áudio, se você autorizar, e será realizada em um ambiente reservado e seu nome não será divulgado nos resultados da pesquisa. A pesquisa oferece risco mínimo, que podem ocorrer em ordem moral, como algum constrangimento. Caso estes ocorram, as entrevistas poderão ser interrompidas e se identificado algum sinal de desconforto psicológico da sua participação na pesquisa, a pesquisadora compromete-se em orientá-la e encaminhá-la para os profissionais especializados na área. Você não terá nenhum prejuízo individual ou coletivo se não participar desta pesquisa, e caso participe, não será remunerado por isso. Em caso de dúvidas você poderá me contatar pelo telefone (83) 99042404 e com a orientadora do estudo a Professora Sílvia Regina Viodres Inoue pelo telefone (11) 982662-0741 ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos pelo telefone (13) 32055555 ramal 1261.

Este termo é feito em duas vias, uma será entregue a você e a outra ficará arquivada junto aos pesquisadores responsáveis.

Pesquisador Responsável

Conforme me foi explicado, este projeto tem o objetivo de analisar o Método Canguru a partir da percepção das mães e de indicadores de saúde. Para isso, minha participação é de extrema importância, pois ao responder a entrevista realizada pelos entrevistadores, estarei contribuindo com informações importantes no conhecimento da qualidade de assistência prestada ao recém-nascido de baixo peso, através do Método Canguru. Estou ciente de que esta entrevista possui perguntas de caráter íntimo e pessoal como, por exemplo, idade escolar, idade, estado civil, residência, histórico reprodutivo, atividades ocupacionais, a vivência na enfermaria canguru, etc. Fui informada que não serei exposta a nenhum tipo de procedimento que ofereça risco a minha saúde e que tenho direito garantido à:

1. Responder as perguntas em local reservado e na presença apenas do entrevistador;
2. Receber respostas a qualquer pergunta e esclarecimento que por mim for solicitado;
3. Recusar-me a responder a alguma pergunta e retirar meu consentimento a qualquer momento deixando de participar do estudo;
4. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações por mim respondidas;
5. Procurar esclarecimentos com a pesquisadora executante através do telefone (83) 99042404, com a pesquisadora responsável (11) 982662-0741 ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos pelo telefone (13) 32055555 ramal 1261.

Por tanto, declaro estar ciente do exposto e que desejo participar do projeto.

Patos, ____ de _____ de 2015.

Nome da participante: _____

Eu, Laysa Gabrielle Silva Medeiros, declaro que forneci todas as informações referentes a este projeto ao participante acima referido.

Data ____/____/____

Assinatura da Participante

Pesquisador Responsável

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS
MESTRADO EM SAUDE COLETIVA

TÍTULO: MÉTODO CANGURU: PERCEPÇÃO MATERNA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

DATA ___/___/___

1ª Parte: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE:

Nome: _____ (iniciais) Data de Nascimento: _____
Idade: _____ Endereço: _____ Telefone: _____

2. DADOS SOCIOECONÔMICOS

Escolaridade: _____ Religião _____ Profissão/ocupação: _____
Está empregada? _____ Situação conjugal: _____ Renda Familiar _____
Convive com o companheiro? () Sim () Não Mora com quem? _____

3. DADOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS:

Número de gestações: _____ Número de partos: _____ Pré-Natal _____
Data de Nascimento do bebê: ___/___/___ Sexo _____ Peso ao Nascer: _____
Peso Atual: _____ IG ao Nascer: _____ APGAR: 1ºmin _____ 5ºmin _____
Infecções e/ou Complicações no Parto: _____
Sala de Parto: Foi reanimado? () SIM () NÃO
Caso sim, com que foi reanimado? () O2 Inalado () Máscara () Intubação
() Massagem Cardíaca

4. DADOS HOSPITALARES:

Dias de internação na maternidade: _____
Dias de internação do(a) RN na UTIN _____
Dias de internação na unidade de Mãe Canguru? _____

5. UNIDADE CANGURU

5.1 Data de Ingresso ___/___/___

5.2 Tipo de alimentação enteral que está recebendo:

() LM ordenhado () LM enriquecido () LH () LH enriquecido () Fórmula () Mista

5.3 A mãe foi orientada quando à amamentação? () SIM () NÃO

2ª Parte: Questões Norteadoras

A) Internação do Bebê e Sentimentos Maternos

1. A senhora teve outros partos prematuros? Há diferença entre esse parto prematuro e o(s) outro(s)? Qual?
2. A atual gestação foi planejada/desejada?
3. Realizou pré-natal? Onde?
4. Como foi a gestação?
5. Antes do parto, quais eram suas expectativas em relação ao parto e o bebê?
6. Como você reagiu quando soube que o bebê necessitaria dos cuidados especiais? O que pensou? O que sentiu?
7. O que fez para lidar com esses pensamentos e sentimentos?

B) Internação no Alojamento Conjunto

1. O que pensou quando o bebê veio para o alojamento com você? E o que sentiu?
2. Como você avalia a saúde de seu bebê depois que ele veio para o alojamento canguru? O que melhorou? O que piorou?
3. Quais os cuidados com seu filho(a) que você realiza atualmente?
4. Como se sente ao realizar os cuidados de seu filho(a)?
5. Tem alguma(s) tarefa(s) de cuidado com seu filho(a) que sinta mais facilidade? Qual? Por quê? Há algo que torna essa tarefa mais fácil?
6. Tem alguma(s) tarefa(s) de cuidado com seu filho(a) que sinta maior dificuldade? Qual? Por quê? O que torna essa tarefa mais difícil?
7. Como avalia sua relação no momento atual com seu filho(a)?

C) Vivenciando o Método Canguru

1. A senhora ficou na maternidade enquanto seu bebê ficou internado (a) na UTIN ou foi para casa?
2. Recebeu orientações quanto o funcionamento do Método Mãe-Canguru?
3. O que significa para a senhora estar aqui no Alojamento Mãe Canguru?
4. Para você, há benefícios da utilização do método para o bebê? E para você? Quais? E prejuízos?
5. Fale-me sobre as facilidades e dificuldades de sua permanência na Enfermaria Mãe Canguru. Como você faz para lidar com as dificuldades?
6. Como você e seu companheiro lidam com a prematuridade? E com a permanência de vocês no Alojamento Canguru?
7. Como a família de vocês lidam com a situação de ter você no canguru com o filho?
8. A senhora tem alguma sugestão ou crítica em relação ao funcionamento da Enfermaria Mãe Canguru?

**APÊNDICE D- Termo de Responsabilidade e Compromisso do
Pesquisador Responsável**

Eu, Laysa Gabrielle Silva Medeiros, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “Análise do Método Canguru a partir da Percepção das Mães e de Indicadores de Saúde”, comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Patos – PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Responsável