

COMPREENSÃO DO SENTIMENTO MATERNO NA VIVÊNCIA NO MÉTODO CANGURU
THE UNDERSTANDING OF THE MATERNAL FEELING IN THE KANGAROO METHOD
EXPERIENCE
ENTENDIMIENTO DEL SENTIMIENTO MATERNO EN LA VIVENCIA EN EL MÉTODO
CANGURO

Graziella Marjorie Moreira Heck¹
Huiana Cristine Lucca²
Roberta Costa³
Carolina Frescura Junges⁴
Simone Vidal Santos⁵
Márcia Borck⁶

Doi: 10.5902/2179769218083

RESUMO: **Objetivo:** compreender os sentimentos maternos vivenciados nas diferentes etapas do Método Canguru. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido em uma unidade neonatal de um hospital escola no sul do Brasil, com a participação de nove mães. A coleta dos dados ocorreu no segundo semestre de 2013, quando foram aplicadas entrevistas semiestruturadas. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** emergiram as seguintes categorias: Expectativas do nascimento: Nascer a termo, Aproximação da mãe com o bebê, Sentindo-se mais mãe e Quando cheguei em casa. **Conclusão:** os sentimentos maternos relacionam-se intimamente com o grau de conhecimento e adaptabilidade da mãe. Cabe ao profissional de saúde fornecer informações e apoio de forma individualizada, respeitando a história de cada mãe e sua família.

Descritores: Método canguru; Enfermagem neonatal; Unidades de terapia intensiva neonatal; Recém-nascido; Relações mãe-filho.

ABSTRACT: **Aim:** to understand the maternal feelings experienced in different stages of Kangaroo-mother care method. **Methods:** descriptive qualitative study, conducted in a neonatal unit of a teaching hospital in southern Brazil, in which nine mothers participated. Data collection occurred during the second semester of 2013, through structured interviews. Data were analyzed using the method of content analysis. **Results:** the following categories emerged: Birth expectation: to be born at term, Approach of the mother with the baby, Feeling more like a mom and When I got home. **Conclusion:** the maternal feelings are closely related to the degree of knowledge and adaptability of the

¹ Enfermeira. Graduação em Enfermagem. Enfermeira na Estratégia de Saúde da Família de Florianópolis. São José, Santa Catarina, Brasil. E-mail: grazi@heck.com.br

² Enfermeira. Especialista em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde. Enfermeira da Atenção Básica de Antônio Carlos. Antônio Carlos, Santa Catarina, Brasil. E-mail: huiana.nfr@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto II do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Programa Gestão do Cuidado em Enfermagem - modalidade mestrado profissional da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: roberta.costa@ufsc.br

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: cfjunges@gmail.com

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: simonevidal75@gmail.com

⁶ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Chefe do Serviço de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: marcia,borck@ufsc.br

mother. It is a concern of the health professionals to provide information and support in an individualized manner, respecting the history of each mother and her family.

Descriptors: Kangaroo-mother care method; Neonatal nursing; Intensive care units neonatal; Newborn; Mother-child relations.

RESUMEN: **Objetivo:** comprender los sentimientos maternos en diferentes etapas del Método Madre Canguro. **Métodos:** estudio descriptivo, cualitativo, desarrollado en una unidad neonatal de un hospital escuela al sur de Brasil, con la participación de nueve madres. La recolección de datos ocurrió en el segundo semestre de 2013. Se realizaron entrevistas semiestructuradas. Los datos fueron analizados según el método de análisis de contenido. **Resultados:** emergieron las categorías: Expectativas del nacimiento: Nacer al término, Proximidad de la madre con el bebe, Sintiendo más madre y Cuando llegue a casa. **Conclusión:** los sentimientos maternos se relacionan íntimamente con el grado de conocimiento y adaptación de la madre. Cabe al profesional de la salud informar y apoyar individualmente, respetando la historia de cada madre y su familia.

Descriptores: Método madre-canguro; Enfermeríaneonatal; Unidades de terapia intensiva neonatal; Reciénnacido; Relaciones madre-hijo.

INTRODUÇÃO

Nascem no mundo, aproximadamente, 20 milhões de crianças com menos de 2.500g por ano e destas, um terço morrem antes de completar um ano de vida. Dentre as principais causas de mortalidade estão às afecções perinatais, que incluem problemas respiratórios, asfixia ao nascer, infecções, problemas metabólicos, dificuldade para alimentação e termorregulação.¹

Os avanços tecnológicos em saúde têm contribuído, cada vez mais, com a redução da morbimortalidade e com o aumento da expectativa de vida do ser-humano. Da mesma forma em neonatologia, o uso de equipamentos como incubadoras de parede dupla umidificadas que reduzem a perda de água e calor através da pele e os ventiladores mecânicos que exercem papel importante na oxigenação, proporcionam melhor assistência e, conseqüentemente, aumentam a sobrevivência de recém-nascidos (RN) pré-termo e de baixo peso.²

Por outro lado, o despontar das tecnologias faz emergir preocupações acerca do atendimento prestado pela equipe de saúde, principalmente no que se refere ao cuidado tecnicista. Assim, surge também a necessidade de que ações de humanização sejam discutidas e implementadas no âmbito do cuidado neonatal. Para contribuir com esta proposta, no ano de 1999 o Ministério da Saúde do Brasil elaborou como política pública a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru (MC), com vistas a garantir cuidado individualizado, desenvolvimento neuropsicomotor adequado, fortalecimento dos vínculos familiares, entre outros tantos benefícios que este método oferece ao RN e sua família. Tal estratégia teve como base o método idealizado na Colômbia, por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez, no ano de 1979.¹

Sabe-se que a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) pode ser considerada uma fase estressante, preocupante, podendo até mesmo ser traumática para os pais, visto que afeta as expectativas, planos e atividades cotidianas da família. A vivência de um longo período de hospitalização implica em mudanças na dinâmica familiar, dada às necessidades que os pais, em especial a mãe, têm de permanecer junto ao RN.³

Diante da internação, os pais se deparam com equipamentos, ruídos e alarmes, o que faz com que estes se sintam, muitas vezes, assustados e receosos quanto ao ambiente da UTIN. As mães, ao contrário de irem para a casa com seus filhos, retornam de “braços

vazios”, ou então permanecem por longos períodos no hospital, e seus dias passam a ser dominados por expectativas, angústia e medo.^{2,4}

Apesar da situação descrita acima suscitar uma visão conturbada e pouco acolhedora da unidade de cuidado, destaca-se que ações dos profissionais de saúde podem contribuir para a aproximação da família ao RN grave ou potencialmente grave. Neste contexto, o MC desponta como uma alternativa para a melhoria dos cuidados prestados ao RN, possibilitando complementar as tecnologias já utilizadas na assistência.¹

No Brasil, o MC é regulamentado pela portaria n° 1.683, e é desenvolvido em três etapas, visando à humanização e a inserção/participação dos pais no cuidado neonatal. A primeira etapa inicia-se no pré-natal da gestação de alto risco, seguindo com a internação do RN na UTIN; na segunda etapa o bebê permanece de forma contínua com a sua mãe e a posição canguru é realizada na maior parte do tempo e; a terceira etapa caracteriza-se pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g.¹

Neste contexto, é importante que haja compreensão dos sentimentos da mãe em relação à internação do seu filho e do papel da atenção humanizada prestada ao RN de baixo peso, através do MC. Torna-se necessário que a equipe de saúde esteja ciente dos fatores estressores, como o medo de perder o filho, a preocupação em não saber cuidá-lo, a privação do convívio familiar e a impotência frente à hospitalização. Além disso, os profissionais também precisam estar atentos aos fatores facilitadores, como a esperança em relação à recuperação do RN e quanto à alta hospitalar. Ambos os fatores podem ser encontrados pelas mães durante este processo, já que esta precisa dedicar a sua vida, naquele momento, ao filho internado.⁵⁻⁷

Na UTIN, a equipe de enfermagem tem um papel essencial, principalmente nos momentos iniciais da internação, em favorecer o acolhimento das famílias, informar-lhes sobre o estado de saúde dos bebês, exercendo um papel facilitador no processo de adaptação dos pais durante a internação. A equipe necessita proporcionar conforto e orientação sobre os procedimentos realizados no RN, incentivando a presença dos familiares, principalmente da mãe, para que estes percebam um ambiente aconchegante e composto por profissionais competentes e habilitados para realizarem o cuidado que o filho necessita.⁷

Estudos demonstram que a família quando acolhida pela equipe e tratada com respeito, carinho e atenção, sente-se segura e protegida, sendo estes fatores primordiais para a superação da crise da internação do filho. Além disso, os pais apresentam-se mais tranquilos quando podem ficar junto de seus filhos e reconhecem que a sua presença é essencial para a recuperação do bebê.⁸⁻¹⁰

Com base na literatura, podem-se verificar diversos estudos acerca da temática da vivência da mãe no MC. Os mesmos discutem a construção, o sentido e o significado do papel materno e a percepção da mãe no MC, no entanto, não especificam a vivência em cada uma de suas etapas.¹¹⁻¹⁴ Assim, destaca-se a necessidade de realizar estudos que revelem os sentimentos maternos nas diferentes etapas do MC.

Diante deste contexto, optou-se pela realização deste estudo, obtendo como ponto de partida a questão de pesquisa: *Quais os sentimentos maternos vivenciados nas diferentes etapas do MC?* Para respondê-la, traçou-se como objetivo: compreender os sentimentos maternos vivenciados nas diferentes etapas do MC. A escolha pela perspectiva materna justifica-se pelo fato da mulher permanecer mais tempo junto ao seu filho no hospital e também ser quem acompanha o bebê em período integral na segunda etapa do MC.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa busca explorar e entender a essência do ser humano, valorizando o que cada um traz em sua bagagem histórica e ambiental.¹⁵

O estudo foi realizado em uma UTIN de um hospital escola no sul do Brasil que é referência do MC junto ao Ministério da Saúde. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2013, por meio de entrevista semiestruturada, com nove mães que estavam participando de uma das três etapas do MC no momento da coleta.

Foram considerados critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais, ter possibilidade consciente de responder às perguntas e estar participando ou ter participado de uma das três etapas do MC no momento da coleta de dados. Foram excluídas do estudo as mães com filhos internados há menos de uma semana em qualquer etapa do MC.

O critério estabelecido para determinar o número de participantes foi o de saturação de dados, ou seja, quando as pesquisadoras observaram que havia redundância das informações coletadas.¹⁶

Salienta-se que a captação das mães se deu durante as etapas do MC, sendo que as mulheres que vivenciavam a primeira e segunda etapa foram convidadas a participar da pesquisa durante a internação e as que se encontravam na terceira etapa foram convidadas durante as consultas ambulatoriais.

As entrevistas foram realizadas por meio de um roteiro semiestruturado com seis perguntas fechadas, relacionadas à identificação da mãe e do RN e 16 perguntas abertas sobre a vivência da gestação e do parto, as expectativas sobre o nascimento do(a) filho(a) e a necessidade de hospitalização na UTIN, bem como a vivência do MC, as orientações que recebeu e as dificuldades encontradas durante a internação para a prática do MC. As entrevistas ocorreram em diferentes lugares, de acordo com a conveniência das participantes, foram gravadas e após, transcritas e analisadas, tendo uma duração média de quinze minutos.

A análise dos dados seguiu as etapas propostas por Bardin.¹⁷ Na etapa de pré-análise foi tabulada a transcrição das entrevistas, separadas por cada mãe participante. Foi então feita a leitura para a escolha das palavras-chave e a exploração do material. Posteriormente, realizou-se a categorização dos dados encontrados. O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação articularam as significâncias dos relatos das entrevistadas com a literatura e a política de atenção humanizada ao RN de baixo peso.

A pesquisa foi pautada nos aspectos éticos apresentados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos¹⁸, sendo aprovada pela instituição onde foi realizada, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, em 26 de agosto de 2013, sob o parecer n. 372.792, CAAE 18946513.0.0000.0121. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram identificadas pela letra M seguida do número referente à ordem em que a entrevista foi realizada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa nove mães que vivenciaram o MC durante a hospitalização de seus filhos na unidade neonatal. A idade das participantes variou de 19 a 39 anos, eram casadas ou viviam em união estável e eram primíparas. Cabe destacar que uma mãe vivenciava a primeira etapa do MC, seis mães a segunda, e duas mães a terceira etapa. Em relação aos RN, a idade gestacional variou de 24 semanas e um dia a 35 semanas e cinco dias e o peso de 625g a 2430g.

As categorias que emergiram da análise de dados foram: Expectativas do nascimento: nascer a termo; Aproximação da mãe com o bebê; sentindo-se mais mãe; e, Quando cheguei em casa.

Expectativas do nascimento: nascer a termo

O nascimento de um RN é sempre acompanhado de expectativas. De forma geral, os pais esperam um RN bonito, forte, saudável, o que nem sempre acontece. No meio do caminho, RN pré-termos, ou ainda, com algum tipo de patologia, muitas vezes necessitam de internação na UTIN, o que faz com que os pais, em especial as mães, tenham que mudar seus planos, seus pensamentos em relação ao que foi esperado durante a gestação. Nesse momento, os pais sofrem com a real situação do filho.^{5,19}

O RN pré-termo, devido às suas frágeis condições de saúde, é separado da sua mãe logo após o nascimento, sendo este um processo doloroso para ambos. Devido aos cuidados requeridos, muitas vezes, o bebê é privado dos cuidados e carinhos da mãe, e pode vivenciar um processo traumático e estressante. No lugar dos cuidados maternos, o RN passa por procedimentos invasivos, fica longe do calor materno, inala odores de produtos relacionados aos procedimentos, dentre outros acontecimentos.¹

Quando questionadas quanto as suas expectativas em relação ao nascimento, as mães, de modo geral, relataram que esperavam que seus filhos nascessem a termo, e que, após o nascimento, pudessem ir para a casa com seus bebês. A prematuridade dificilmente foi imaginada pelas mães durante a gestação.

as expectativas as melhores possíveis, exatamente o que eu não estou vivendo hoje. Imaginei que ela fosse nascer no tempo, que ela fosse nascer saudável. (M4)

[...] muita insegurança de saber o que ia acontecer. (M5)

ai tristeza... sei lá. Fiquei nervosa, ansiosa pra ver. (M6)

ah, que ela viesse de nove meses só [risos] que só ganhasse ela e depois de dois dias já fosse para casa. Eu fiquei muito angustiada, angustiada, com medo. (M1)

A separação pela hospitalização provoca nas mães reações diferentes e imprevisíveis, comumente o nascimento pré-termo desencadeia tristeza e insegurança pela vida do filho, sendo estes fatores prejudiciais ao vínculo e ao apego. A separação pode ser angustiante e dolorosa e gerar sentimentos como medo e angústia. A partir dos relatos identifica-se que as mães se sentem despreparadas emocionalmente para a chegada de um RN pré-termo ou ainda com a possibilidade de ser afastada do seu filho. Logo, ao saber que o RN será internado na UTIN, a ansiedade e insegurança quanto ao estado de saúde do bebê e a falta de informação sobre o mesmo geram angústia para as mães.^{7,19}

Em contraponto a esta questão, tivemos o relato de uma mãe que teve suas expectativas sobrepujadas.

superou bastante as minhas expectativas. Eu já tive casos de bebê prematuro na família. Mas, ela superou bem as minhas expectativas, nasceu bem fortinha. (M9)

Como já tivera experiências anteriores com RN pré-termos, esta participante sentia-se segura e confiante. Isto nos mostra que a familiarização é capaz de facilitar a vivência na UTIN. Atos como acolher a mãe, conversar sobre o estado de saúde do bebê e explicar sobre os procedimentos realizados, podem tornar a vivência na UTIN menos estressante e auxiliar a mãe para exercer um papel determinante na recuperação de seu filho.

A formação do vínculo mostra-se relevante, principalmente nos primeiros momentos de vida. A separação prolongada pode trazer implicações negativas para o elo afetivo que deve ser estabelecido entre mãe e bebê. No campo da neurociência há comprovação de que uma ligação forte e segura representa uma função biológica protetora, pois ao ter contato com a mãe, o bebê apresenta redução dos níveis de estresse, diminuindo também o nível de cortisol¹.

Aproximação da mãe com o bebê

Estudos associados com a prática diária demonstram que as mães tendem a adiar a primeira visita à UTIN, mostram-se receosas, tímidas em relação à habituação no ambiente do hospital, talvez pelo próprio receio do que possam encontrar e, algumas vezes, sentem medo de se aproximar ou até mesmo de tocar no bebê^{10,20}. A enfermagem exerce um papel essencial de acolher as famílias, fornecer informações sobre o ambiente e o bebê e atentar aos sentimentos da mãe pois, muitas vezes, as preocupações são centralizadas apenas no RN, e a mulher acaba por ter que enfrentar a situação sozinha.

Neste estudo ficou evidente que o MC é um modelo de cuidado propulsor da aproximação mãe-filho. Ao visitarem o bebê livremente, tocá-lo, acariciá-lo, as mães se sentem bem por perceberem que estes atos são essenciais para o desenvolvimento do RN. Além disso, as mães relatam sentirem-se valorizadas em poder participar ativamente na melhora de seus filhos, reafirmando assim o benefício do MC para o binômio mãe-bebê, conforme falas de M2 e M3:

[...] entendi que ele tem o contato, que ele ouve a batida do coração, que ele se sente aconchegado, que faz bem para uma série de fatores que vão influenciar para o crescimento dele, no amadurecimento, no desenvolvimento dele. (M2)

eu entendi assim, eu serei a incubadora mãe, porque para ele, ele ainda estava dentro de uma barriga, então eu entendi que quanto mais eu fizesse o canguru mais ele ia conseguir crescer, com mais facilidade. (M3)

As falas de M2 e M3 indicam que a aproximação com o RN desperta a percepção acerca do importante papel que as mães exercem como cuidadoras e facilitadoras do crescimento e desenvolvimento do seu filho. E, na medida em que o tempo passa, sentem-se cada vez mais capazes de realizar este papel. Por isso, esta aproximação entre mãe e RN deve ser facilitada através de orientações que estimulem o toque e o cuidado.¹¹

Para as mães entrevistadas, o primeiro toque ao RN é descrito como prazeroso e positivo. Após o medo e a insegurança, ao tocar seus filhos os sentimentos se modificam, sendo então classificados como inexplicáveis e emocionantes, além de auxiliarem na formação do vínculo e do apego com as mães. O fato de o bebê crescer e se desenvolver e a mãe poder observar e participar dessa evolução gera sensações agradáveis. E é neste momento que a mãe consegue perceber a real significância de sua presença, contribuindo para o fortalecimento do vínculo e do apego.

[...] depois do primeiro toque eu fiquei bem tranquila, em sentir o contato, acho que foi isso que foi bacana. (M3)

é inexplicável... até então a gente não tinha aquele carinho por ela. Óbvio que tinha, só que não estava ainda aquele apego. Mas, a partir do momento que a gente começou a tocar nela, a gente não tinha mais vontade de ir embora. (M5)

ah meu Deus! Não conseguia nem falar... Ainda estou bem emocionada assim... A gente fica boba! (M7)

As mães relatam que tocar o bebê foi uma experiência positiva, mas que a posição canguru superou o ato de “apenas tocar”, como percebemos nos relatos:

a posição Canguru? Eu me senti muito bem, me senti mais segura, porque daí tu toca, ele sai lá da incubadora e vem para o teu colinho, é muito legal! (M2)

ai foi emocionante, eu senti mais perto de mim até porque tiraram ele da incubadora, não foi só um toque. Aquilo me incomodava muito, só tocar. Eu queria ter ele no meu colo, já desde o primeiro dia, desde o momento que ele nasceu. (M3)

ah eu adorei! Aquela coisa da proteção! Não sei se ela que me fez bem, ou eu que fiz bem pra ela, é uma coisa mútua né. Gostoso demais! (M4)

depois da amamentação, acho que é o contato mais íntimo dele assim comigo, senti a gente num só de novo. (M6)

Nos depoimentos, as mães identificam o primeiro toque e a posição canguru como estratégias que favorecem a aproximação com seus filhos. Dentre as percepções experimentadas, destacam-se a segurança e a proteção dada ao bebê, a intimidade propiciada com o contato pele-a-pele, e até mesmo a sensação de unidade, como vivenciada durante a gestação.

Este contato entre o binômio mostra-se como uma possibilidade relacional de aproximação, favorece o ganho ponderal de forma acelerada, a termorregulação e promove o aleitamento, fator nutricional importante para o desenvolvimento e crescimento saudável.^{1,5} Cabe destacar também, o fato de que a orientação dada pelo profissional de saúde favorece a compreensão da mulher sobre o vivido e influencia nos sentimentos maternos.

Sentindo-se mais mãe

Na segunda etapa do MC, a mãe pode permanecer em período integral com o RN. Para isso, são acomodados em ambiente próprio, para que ambos possam descansar e permanecer lado a lado. Esta etapa se caracteriza como o momento em que a mãe começa a assumir os cuidados com o seu filho, sob a supervisão da equipe de saúde, sendo parte essencial na preparação para a alta hospitalar. Nesta, a equipe deve se atentar às

individualidades de cada família, encorajando a mulher a ficar o máximo de tempo possível ao lado do bebê, porém, dando liberdade e auxílio na organização familiar.¹

No presente estudo, todas as mães eram primíparas, caracterizando a segunda etapa do MC como fonte de aprendizado e segurança para os cuidados domiciliares após a alta, como podemos evidenciar com as falas a seguir:

tu não sabes assim, como agir. Eles são tão pequeninhos, são tão frágeis! E aqui a gente aprende que eles não quebram, que a gente tem que manuseá-los. (M2)

foi bom porque eram as coisas que eu já me perguntava durante a gravidez, porque eu sou mãe de primeira viagem. Eu não saberia fazer algumas coisas que hoje eu faço ali. Foi importante, é importante ainda, porque eu ainda estou aprendendo, estou em fase de aprendizado. Eu acho importante porque vou chegar em casa mais preparada. (M3)

eu estou aprendendo, eu nunca tive filhos... Éa minha primeira nenê. Eu acho que eu já aprendi muita coisa! (M4)

ah é bom, porque daí tu tira todas as tuas dúvidas. Tipo, amanhã a gente vai dar banho, já vamos aprender como dar banho. (M9)

Todo esse aprendizado e o fato de estar ao lado do filho realizando os cuidados de forma mais independente traz uma sensação de maior proximidade com o bebê.

estar tendo o contato maior com ela. Eu faço todos os procedimentos, troco ela, dou banhozinho nela, amamentação sozinha. (M1)

do contato diário dele...Eu não tenho que ir para casa todos os dias, não tenho que deixá-lo. (M2)

fiquei mais próxima dele, agora eu passo noites com ele, me sinto mais mãe. (M3)

Estudo realizado com o objetivo de analisar a construção do papel materno a partir do nascimento de um filho pré-termo internado em UTIN, trouxe a importância do MC sob as percepções maternas frente ao sentimento da maternidade, apontando que as mães que não participaram do MC não evidenciaram a percepção de se sentir mãe durante a hospitalização do filho na UTIN. Em contrapartida, todas as mães que haviam participado do Método trouxeram este sentimento de maternidade.¹¹

Apesar de sinalizarem que a segunda etapa do MC é fundamental para a concretização do papel de mãe e para o empoderamento destas mulheres em relação aos cuidados com seus filhos, as mães relatam que além do aprendizado, esta etapa traz consigo algumas particularidades pois, por mais acolhedora que a equipe seja, por mais prazeroso que seja estar ao lado do filho continuamente, este ambiente não é o domiciliar. Algumas vezes a mãe já está cansada de toda uma rotina de visitas na unidade neonatal e do ambiente hospitalar permeando toda a questão emocional. Neste sentido, destaca-se o papel da equipe no fortalecimento do papel materno, encorajando a mulher,

demonstrando apoio e auxiliando no aporte que for necessário, seja ele nos cuidados com o RN, psicológico ou de cunho do apoio social.¹

O afastamento do ambiente domiciliar foi a principal dificuldade que emergiu nesta investigação.

a dificuldade é estar fora do teu ambiente, da tua casa. (M2)

e a dificuldade é ficar tão longe de casa assim muito tempo, porque querendo ou não a gente é igual um ninho, preciso voltar pra casa um dia. (M3)

estar com ela é bom, o que não é bom é não estar na nossa casa com ela. (M4)

Ao priorizar a presença junto ao filho hospitalizado, as mães distanciam-se de suas atribuições, que antes do nascimento faziam parte do seu cotidiano. Assim, necessitam adequar-se a um novo ritmo diário de atividades, fora do seu lar, longe de suas atribuições, ao lado do RN que necessita permanecer na UTIN.⁵⁻⁶

O profissional assume um papel importante, não só relacionado aos cuidados diretos ao RN, mas também na atenção às mães que estão vivenciando a segunda etapa do MC. É importante que seja preservada a individualidade de cada mãe, fornecendo apoio e atenção para melhor enfrentamento desta etapa, contribuindo para diminuir os níveis de cansaço e estresse.

A partir das falas, constatou-se que a segunda etapa do MC é essencial para o sucesso no estabelecimento e fortalecimento do vínculo mãe-bebê, promovendo segurança na realização dos cuidados, preparando-os para a alta hospitalar. Porém, destaca-se que estas mães estão fora do ambiente domiciliar, e que elas devem ser assistidas e sentirem-se confortáveis caso tenham que retornar para casa em algum período. As mães precisam ser estimuladas a permanecer a maior parte do tempo no ambiente hospitalar, acompanhando e realizando os cuidados nos seus filhos. No entanto, os profissionais necessitam estar atentos às demandas externas que estas mulheres podem apresentar, pois permanecer diuturnamente no ambiente hospitalar pode ser estressante e inviabilizar outras atividades que a mulher desempenha em sua casa, como os cuidados domésticos e pessoais.

Quando cheguei em casa

A terceira etapa do MC dá continuidade à assistência do RN após a alta hospitalar. Nesta etapa o RN vai para casa na companhia dos pais, mas segue em acompanhamento ambulatorial com consultas regulares na unidade neonatal até atingir um peso mínimo preconizado pela Instituição, no caso desta pesquisa 2.000g. Durante a terceira etapa, são realizadas consultas multiprofissionais, é avaliado o ganho de peso, agravos clínicos, equilíbrio sociofamiliar. As consultas também servem para identificar a adaptação no ambiente domiciliar, estimular e verificar se está sendo realizado a posição canguru, bem como sanar as dúvidas que venham surgir acerca dos cuidados com o RN.^{1,7,21}

As mães participantes do MC mostram-se mais seguras quanto às situações adversas, pois puderam vivenciar um maior tempo de internação do RN, observando os cuidados prestados e mesmo participando destes cuidados, apoderando-se de conhecimentos e confirmando sua competência no cuidado de seu filho.¹¹ Podemos observar este fato através das falas das mães, que demonstram autonomia e segurança nos cuidados:

ao mesmo tempo em que eu queria muito que ela viesse pra casa eu tinha bastante insegurança, porque ela não comia direito ainda. Mas chegou em casa também fez uma queda de saturação feia, de ficar toda roxinha, molinha, mas daí a gente falou com ela, tocou nela e ela voltou. [...] A primeira semana foi a mais chocante. Agora está bem tranquilo, a gente já sabe o jeitinho dela. (M5)

sim [estava preparada], mas acho que foi muito importante eu ter ficado lá. Porque eu não sabia fazer nada. Aqui de casa, eu sou a mais nova, então eu nunca tive contato assim com bebê. Então eu já estava bem preparada, não precisei de ajuda de ninguém, cuidei dele sozinha. (M6)

As percepções maternas nos primeiros dias em casa variaram, algumas se sentiam tranquilas e preparadas para o cuidado integral e domiciliar do RN, enquanto outras ainda relatavam certa insegurança quanto a alguns cuidados. O estresse e o cansaço materno, conforme relatado, contribuíram para essas diferenças de sentimentos.

Evidencia-se nas falas das mães, o grau elevado de importância atribuído às orientações direcionadas a elas, desde a primeira visita a UTIN. Quando o profissional consegue transmitir que a presença materna é um elemento essencial para o desenvolvimento do RN, consegue exaltar também as suas competências junto ao cuidado do bebê, estas incorporam este sentimento e sentem maior autonomia.

Torna-se importante ressaltar que na terceira etapa do MC os pais são os atores principais, mas ainda estão em processo adaptativo e precisam adquirir competências para assumirem seu papel. Nesta etapa, a enfermeira se torna referência para os pais, oferecendo o suporte necessário para o exercício do cuidado.⁶ Isto favorece o empoderamento materno no ambiente domiciliar, visto que a mãe se sente segura e capaz de cuidar do filho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo foi possível compreender os sentimentos maternos vivenciados nas diferentes etapas do MC. A partir dos relatos das mães identificou-se que o esperado é que seus filhos nasçam a termo, as expectativas antes do nascimento são sempre as melhores possíveis e as mães não imaginavam que seu bebê nasceria pré-termo. Isso se refletiu em sentimentos de insegurança e medo ao tomarem conhecimento que o RN, que havia sido esperado saudável, necessitaria de internação em uma UTIN. Esses sentimentos podem ser minimizados quando a mãe conhece a unidade em que o filho está internado, bem como se torna ciente da real necessidade da hospitalização.

Ao se aproximar do RN na primeira etapa do MC, as mães se sentem mais tranquilas frente ao ambiente hospitalar. O primeiro toque pode significar um divisor de águas, pois origina sentimentos positivos relacionados à internação do RN. Este, além de ser classificado como inexplicável e emocionante, auxilia na formação do vínculo e do apego mãe-bebê. Do mesmo modo, a partir do momento em que realizam o contato pele-a-pele e tomam conhecimento de seus benefícios, o medo e o desconhecimento gradativamente deixam espaço para a segurança, a determinação e a força necessária para lutar pela recuperação e desenvolvimento do seu filho.

Na segunda etapa do MC, as mães assumem “oficialmente” o papel materno, sendo esta descrita como uma fase rica em aprendizado para as primíparas. É nesta etapa

que elas permanecem de modo integral ao lado do filho, realizando os cuidados, reforçando os vínculos de afetividade entre o binômio. Entretanto, o afastamento da vivência domiciliar e a permanência prolongada no ambiente hospitalar, torna o período, algumas vezes estressante. A equipe deve estar atenta às questões psicológicas das mães, pois estar afastada do ambiente domiciliar, em função das demandas da hospitalização, causa desgaste físico e emocional.

Por fim, a alta hospitalar para a terceira etapa do Método é algo esperado pelas mães desde o nascimento do filho. Ao chegarem a casa, estas sentem maior autonomia e segurança nos cuidados do RN, mas sabem que seus bebês estão sob a vigília da equipe da unidade neonatal e, se preciso for, terão sua reinternação garantida. É importante reavaliar a cada consulta ambulatorial as condições maternas frente aos cuidados do RN, ajudando nos aspectos em que apresente dificuldades, reforçando cuidados com a amamentação, além de questionar sua condição ginecológica e garantir os encaminhamentos necessários.

A vivência do MC traz benefícios percebidos e relatados pelas mães, como o favorecimento do vínculo e a aproximação com o bebê, além da segurança proporcionada para ambos após a alta.

Os dados obtidos e analisados neste estudo são de relevância para a realização de um cuidado humanizado não somente ao RN, mas às mães que vivenciam esse momento. Ao final do estudo, detectaram-se sentimentos maternos, experienciados no decorrer das etapas do MC e relacionados intimamente com o grau de conhecimento e adaptabilidade da mãe. Observou-se que o profissional da unidade neonatal exerce um papel fundamental frente à autonomia materna, pois o empoderamento descrito pelas mães nos cuidados com o RN advém do papel desenvolvido pela equipe frente ao binômio. Cabe ao profissional da equipe neonatal fornecer informações e apoio de forma particularizada respeitando a história de cada mãe-bebê.

Espera-se que os resultados obtidos por meio desta pesquisa possam auxiliar os profissionais da equipe neonatal a reconhecerem e compreenderem os sentimentos das mães, auxiliando-as durante o processo de internação e após a alta hospitalar de forma mais tranquila e acolhedora. Este estudo é um *feedback* positivo para a valorização das ações da equipe de saúde, o que fortalece individualmente e coletivamente na continuidade das boas práticas do MC.

Pode-se citar como limitações neste estudo: a taxa reduzida de internações durante a coleta de dados e a dificuldade de obter mães elegíveis para participar das entrevistas. No entanto, pondera-se, que tais ocorrências não interferiram negativamente nos resultados encontrados, uma vez que, a partir das vivências registradas, foi possível acompanhar as mães e bebês nas três etapas do MC.

As implicações para novos estudos são relevantes frente à importância da humanização no universo da prematuridade. Além disso, outros pesquisadores podem focar a valorização dos profissionais de saúde no fortalecimento desta tecnologia leve, que possui um diferencial de integração entre cuidadores, mães e RN. Este olhar pode auxiliar a transpor, durante o processo de hospitalização, as dificuldades maternas, tornando-as capazes de expressar seus sentimentos e descobrir suas potencialidades.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru: manual técnico. 2ª ed. Brasília (DF); 2013.
2. Lopes DM, Santos LM, Carvalho RM. Motivos da não realização da posição canguru na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Soc Bras Enferm Ped [Internet]. 2010 [acesso em 2015 abr



- 14];10(2):71-8. Disponível em: http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n2/v.10_n.2-art3.pesq-motivos-da-nao-realizacao-da-posicao-canguru.pdf.
3. Duarte ED, Sena RR, Dittz ES, Tavares TS, Lopes AFC, Silva PM. A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para construção da integralidade. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 2015 jan 15];21(4):870-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/18.pdf>.
4. Melo RCJ, Souza IEO, Paula CC. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [acesso em 2014 nov 10];16(2):219-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/02.pdf>.
5. Dittz ES, Mota JAC, Sena RR. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2008 [acesso em 2014 set 10];8(1):75-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/09.pdf>.
6. Borck M, Santos EKA. Método canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [acesso em 2014 nov 14];16(2):263-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/08.pdf>.
7. Frigo J, Zocche DAA, Palavro GL, Turatti LA, Neves ET, Schaefer TM. Percepções de pais de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2015 [acesso em 2015 maio 10];5(1):58-68. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/12900>.
8. Molina RCM, Fonseca EL, Waidman MAP, Marcon SS. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [acesso em 2014 nov 12];43(3):630-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a19v43n3.pdf>.
9. Rocha RS, Lúcio IML, Lopes MMCO, Lima CRC, Freitas ASF. Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na unidade neonatal. *Rev Rene* [Internet]. 2011 [acesso em 2015 abr 10];12(3):502-9. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/255>.
10. Costa R, Klock P, Locks MOH. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2012 [acesso em 2014 nov 12];20(3):349-53. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2382/2883>.
11. Lamy ZC, Morsch DS, Deslandes SF, Fernandes RT, Rocha LJLF, Filho FL, et al. Construção do papel materno a partir da vivência de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais. *Rev Pesq Saúde* [Internet]. 2011 [acesso em 2014 maio 21];12(1):14-21. Disponível em: http://www.huufma.br/site/estaticas/revista_hu/pdf/Revista_jan-abril-2011.pdf.
12. Dantas ALB. O sentido de ser mãe que cuida do filho recém-nascido pré-termo e de baixo peso no método canguru: contribuição da enfermagem para o cuidado em neonatologia [dissertação]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2011. 98 p.
13. Silva JMQ. Significado para mães sobre a vivência no método canguru [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014. 81 p.
14. Campos ACS, Carvalho MPL, Rolim KMC, Alencar AJC. Vivência no método mãe canguru: percepção da mãe. *Rev Rene* [Internet]. 2008 [acesso em 2015 abr 10];9(3):28-36. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/589/pdf>.



15. Brevidelli MM, Sertório SCM. Tcc - Trabalho de Conclusão de Curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. 4ª ed. São Paulo: Editora Érica Ltda; 2010.
16. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
18. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2013 jun 13. Seção 1, p. 59-62.
19. Cruz ARM, Oliveira MMC, Cardoso MVLML, Lúcio IML. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2010 [acesso em 2014 set 10];12(1):133-9. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a16.pdf.
20. Schmidt KT, Sassá AH, Veronez M, Higarashi IH, Marcon SS. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. Esc Anna Nery [Internet]. 2012 [acesso em 2014 maio 21];16(1):73-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v16n1/v16n1a10.pdf>.
21. Araújo CL, Rios CTF, Santos MH, Gonçalves APF. Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [acesso em 2014 out 13];15(1):301-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a35v15n1.pdf>.

Data de recebimento: 20/05/2015

Data de aceite: 13/01/2016

Contato do autor responsável: Roberta Costa

Endereço: Campus Universitário - Trindade

BLOCO I (CEPETEC) - Centro de Ciências da Saúde - sala 513

88040-900 - Florianópolis - SC - Brasil

E-mail: roberta.costa@ufsc.br