



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE**

NATÉRCIA MARIA MOURA BRUNO

**QUANDO NASCE UMA MÃE? O PERCURSO DE MÃES DE BEBÊS
PREMATUROS**

FORTALEZA – CEARÁ

2018

NATÉRCIA MARIA MOURA BRUNO

QUANDO NASCE UMA MÃE? O PERCURSO DE MÃES DE BEBÊS
PREMATUROS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^aVera Lúcia Mendes de Paula Pessoa.

FORTALEZA – CEARÁ
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Bruno, Natércia Maria Moura .

Quando nasce uma mãe? O percurso de mães de bebês prematuros [recurso eletrônico] / Natércia Maria Moura Bruno. ? 2018.

1 CD-ROM: il.; 4 ? pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 98 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) ? Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2018.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof.^a Dra. Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa.

1. Recém-nascido prematuro. 2. Relações mãe-filho. 3. Método canguru. I. Título.

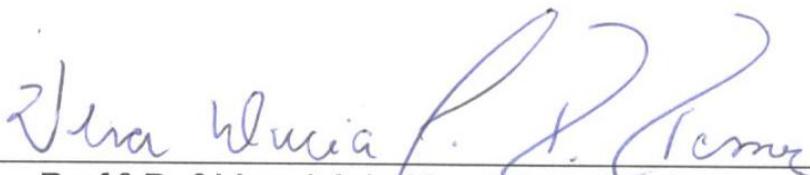
NATÉRCIA MARIA MOURA BRUNO

QUANDO NASCE UMA MÃE? O PERCURSO DE MÃES DE BEBÊS
PREMATUROS

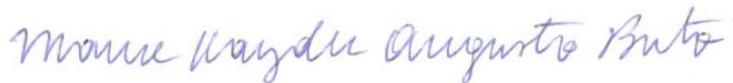
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovado em: 15 de março de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Mendes De Paula Pessoa - Orientadora
Universidade Estadual do Ceará-(UECE)



Prof.^a Dr.^a Maria Haydée Augusto Brito
Hospital Antônio Prudente- (HAP)



Prof.^a Dr.^a Edna Maria Camelo Chaves (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará-(UECE)

Às mulheres, que ao se descobrirem
mães não desanimam, são incansáveis
na busca por seus filhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença forte em minha vida.

Aos meus pais, por me dedicarem tanto amor.

A minha família, indescritível e inigualável.

Aos meus eternos bebês Valquíria, Raísa, Laísa e Bárbara, por me fazerem mãe.

A equipe multiprofissional da Unidade Canguru do HGCC pela parceria diária.

De forma muito especial, agradeço a Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, por ter me acolhido, me amparado com sua generosidade e afeto. Pela sua dedicação e disponibilidade em guiar criteriosamente cada etapa deste estudo.

Agradeço a Banca Examinadora, Prof.^a Dr.^aEdna Maria Camelo Chaves e a Prof.^a Dr.^aMaria Haydée Augusto Brito, pela disponibilidade de contribuir com esta etapa de conclusão do estudo, por suas inestimáveis considerações.

As alunas bolsistas da UECE, Adryane Aparecida Câmara Cavalcante Lima e Morgana Chaves Simões Ferreira, pela disposição e solidariedade em contribuir com a realização deste estudo.

Agradeço as mães, por me confiarem seus sentimentos e me proporcionarem experiências gratificantes.

“Sei que se ama ao que é Deus. Com amor grave, amor solene, respeito, medo e reverência. Mas nunca tinham me falado de carinho maternal por Ele”.

(Clarice Lispector)

RESUMO

O estudo ampara-se na ideia da indissolubilidade do binômio mãe-filho. Porém a prematuridade interfere na aproximação da díade por ocasionar a separação de ambos logo ao nascer. O Método Canguru, através do contato pele a pele, faz parte de uma proposta humanizada, onde a mãe não se separa do filho, ajuda ao restabelecimento da sua saúde e o vínculo mãe-bebê. Teve como objetivo conhecer a percepção materna sobre o contato pele a pele com seu bebê prematuro na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Tratou-se de uma pesquisa do tipo descritiva fundamentada em uma abordagem qualitativa. O local escolhido foi um hospital geral e maternidade de referência para o Estado do Ceará. Fizeram parte desse estudo quinze mães, cujos filhos, recém-nascidos prematuros, estiveram internados em UTIN, no período de outubro a dezembro de 2017, em condições clínicas favoráveis a participar dessa experiência de serem colocados na posição canguru em momentos distintos. Para obtenção dos dados, foram utilizados diferentes recursos metodológicos, a observação participante e a entrevista, amparada por um roteiro semiestruturado. Para organização e análise dos discursos optou-se pela Análise de Conteúdo Temática e decompostos em unidades de significado e por fim em duas categorias temáticas: Assistência prestada a mãe no parto pela equipe de saúde; Sentimentos maternos no contato pele a pele com o bebê prematuro. Foram utilizadas com rigor as recomendações da Resolução nº466/12, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), com anuência das participantes pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou Termo de Assentimento livre e Esclarecido, para as mães menores de idade. As mães nascem quando nascem seus filhos, para as mães dos prematuros, seu nascimento acontece quando aprendem a lidar com suas limitações, à custa da sua própria força ao superar seus medos e angústias. As mães sentem-se excluídas do cuidado ao seu bebê prematuro, não se percebe uma preocupação com sua presença nos ambientes do hospital, local que elas passam a percorrer por tempo indeterminado, até o momento de irem para casa, na alta hospitalar. Fica explícito também a importância do profissional da saúde, pois dele advém a qualidade da assistência prestada ao paciente, neste caso, a mãe que acaba de nascer junto com seu bebê. Ambos necessitam do cuidado integral, ou seja, físico, orgânico e psíquico, para enfrentar as adversidades advindas do parto prematuro.

Palavras-chave: Recém-nascido prematuro. Relações mãe-filho. Método canguru.

ABSTRACT

The study is based on the idea of the indissolubility of the mother-child binomial. However, prematurity interferes with the approximation of the dyad by causing the separation of both right after birth. The Kangaroo Method, through skin-to-skin contact, is part of a humanized proposal, where the mother does not separate from the child, helps to restore her health and the mother-baby bond. It aimed to know the maternal perception about skin-to-skin contact with her premature baby in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). It was a descriptive research based on a qualitative approach. The chosen place was a general hospital and a reference maternity hospital for the State of Ceará. Fifteen mothers, whose preterm newborns children were admitted to a NICU between October and December 2017, took part in this study. Those mothers were in favorable clinical conditions to participate of this experience of being placed in the kangaroo position at different times. To obtain the data, different methodological resources were used, such as the interview, supported by a semi-structured script. For the organization and analysis of the discourses, the Thematic Content Analysis was chosen and decomposed into units of meaning and finally in two thematic categories: Assistance provided to the mother in childbirth by the health team; Maternal feelings in skin-to-skin contact with the premature baby. The recommendations of Resolution No. 466/12, of the National Commission for Ethics in Research (“Comissão Nacional de Ética em Pesquisa”, CONEP), were used with rigor, with the consent of the participants by the signature of the Free and Informed Consent Term or Free and Informed Consent Term for the underage mothers. Mothers feel excluded from the care of their preterm child, as there is no concern about their presence in the hospital environments, which they go through indefinite time until they go home at hospital discharge. It is also explicit the importance of the health professional, because from it comes the quality of the care provided to the patient, in this case, the mother who has just been born with her baby. Both need care to cope with the adversities of premature birth.

Keywords: Infant. Premature. Mother-child relations. Kangaroo method.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	19
2.1	GERAL.....	19
2.1	ESPECÍFICOS.....	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	RECÉM NASCIDO PREMATURO.....	20
3.2	A CONSTRUÇÃO DO AFETO.....	24
3.3	O MÉTODO CANGURU.....	27
4	METODOLOGIA	35
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	35
4.2	LOCAL E CENÁRIO DO ESTUDO.....	35
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	37
4.4	OBTENÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL DISCURSIVO.....	37
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	43
5.1	REVISÃO INTEGRATIVA.....	44
5.1.1	Resultados	46
5.1.2	Discussão	56
5.2	ASSISTÊNCIA PRESTADA A MÃE NO PARTO PELA EQUIPE DE SAÚDE.....	63
5.3	SENTIMENTOS MATERNOS NO CONTATO PELE A PELE COM O BEBÊ PREMATURO.....	69
6	COMPREENSÃO DO ESTUDO	79
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICES	91
	APÊNDICE A –INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	92
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	96

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	97
ANEXO	96
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	99

1 INTRODUÇÃO

Os vínculos afetivos são funções biológicas para a sobrevivência da espécie humana. A necessidade de afeto inicia-se na gestação. Mãe e filho constituem um processo contínuo de desenvolvimento e interações emocionais que propicia para ambos, conforto e prazer (BOWLBY,2002). Logo no início da gravidez, o vínculo materno se forma, através de sonhos, desejos, fantasias e modelos de como ser mãe. Para o psicanalista Lebovici (1987), a gestação é o período de construção de um “objeto psíquico”, constituído por desejos e por sonhos maternos, no qual ela deposita suas expectativas e inicia a relação mãe-bebê. Esse bebê que ainda não nasceu é denominado pelo autor de bebê imaginário.

A gestação, nos últimos meses, desperta ainda mais a imaginação da mulher, pois é nesse período que ela sente o bebê se mexer, provocando nela, a futura mãe, emoções e fantasias por constatar a presença do filho. Winnicott (1999) definiu esse estado psicológico como preocupação materna primária, por compreender que, inicia-se nesse momento, para a mulher a compreensão de ser mãe.

O interesse pelo comportamento da díade mãe/bebê vem sendo objeto de estudo nos últimos anos. Mathelin (1999) afirmou que o ritmo e o tempo de aproximação com os bebês favorecem para as mães o que, até hoje, os psicanalistas chamam de “mãe suficientemente boa”.

Ao completar as esperadas semanas de gestação, de 38 a 41 semanas, período necessário para o desenvolvimento do bebê, ocorre o nascimento. Então, mãe e filho finalmente se encontram. Nesse momento, as fantasias se concretizam dando vazão ao surgimento de um forte vínculo, capaz de suprir as necessidades desse bebê.

Entretanto, para algumas gravidezes, o tempo não se completa, o que acarretará em um nascimento prematuro, ou seja, aquele que acontece antes das 37 semanas de gestação (BRASIL, 2014).

O fato de nascer prematuro representa um fator de risco importante, pois não compreende um evento isolado, acarreta uma série de problemas, dentre eles a quebra do vínculo mãe/filho. Além disso, como afirmam os autores Carvalho *etal.*, (2011), o parto prematuro desencadeia emoções que fragilizam a família,

especialmente a mãe. Algumas vezes, esse acontecimento, provoca uma reação de luto complexa nos pais de recém-nascidos prematuros.

Geralmente, após o nascimento, os bebês precisam ser encaminhados à Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Isso implica em assistência especializada para a mulher no parto, bem como para as condições de nascimento do bebê. De acordo com Oliveira et al. (2016), um parto prematuro deve ocorrer em hospital ou maternidade especializada e deve ser considerado um evento único. Sua etiologia ainda é pouco conhecida e advém de diversos fatores e causalidades. Os aspectos sociais e econômicos, os hábitos maternos, o ambiente, as questões psicossociais, assistência pré-natal entre outros, podem estar diretamente relacionados às causas do parto prematuro.

Esses bebês, prematuros, são caracterizados como frágeis por sua aparência e as condições que envolvem sua sobrevivência. O corpo franzino e diminuto exige uma série de cuidados, os quais só são possíveis se realizados por pessoas e ambiente especializados.

A Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) é um ambiente especificamente planejado para realizar um pronto atendimento aos recém-nascidos prematuros. Regularmente equipada com um aparato técnico e equipes de profissionais de saúde especialistas na área de Neonatologia. Percebe-se um crescente avanço tecnológico, que proporciona um melhor atendimento, capaz de permitir que se cuide desses recém-nascidos (RN) com segurança e adequação, prevenindo os prejuízos trazidos pela prematuridade, que, muitas vezes, são irreversíveis.

A separação do filho, decorrente da antecipação do nascimento, gera uma situação de crise para a mãe. Além do bebê real, ou seja, o prematuro, ser diferente do bebê imaginário, o sentimento de culpa pelo sofrimento do filho aparece como fator inibidor do contato espontâneo com o bebê. Para a mãe, os sentimentos contraditórios como culpa e insegurança, somados a privação dos cuidados com o filho, podem levar a um prejuízo no apego, ocasionando problemas futuros no relacionamento de ambos, assim nos afirmam Cartaxo et al. (2014).

A insegurança e a ansiedade pela sobrevivência do filho, para Santos et al. (2014), desencadeiam emoções que podem contribuir para o distanciamento, já que a internação do bebê gera na mãe sentimento negativo como: frustração, desapontamento, além da falta de confiança na capacidade de cuidar do bebê.

A gestação interrompida pode trazer condições de sofrimento muito fortes, tornando a mulher frágil. É um momento crítico que desorganiza suas emoções. O confronto entre a vida e a morte, a forma inesperada como esse fato ocorreu e todo o contexto em que ela se encontra. Sá (2011) refere que o fato de não ter gerado uma criança saudável e acompanhar por tempo indeterminado as rotinas de um ambiente alheio, no qual o filho encontra-se, a impossibilidade de realizar suas funções maternas, quebra seus sonhos e fantasias, causando profundo desapontamento. Somado a isso, o cansaço e a fadiga, pelo desassossego, contribuem para a privação da qualidade física e mental dessa mulher.

Considerando a complexidade da gestação, desde a concepção até o parto, quando o bebê nasce, é importante salientar que a mulher vive constantes mudanças, às quais precisa se adaptar. Dentre elas, seu próprio corpo. Após o parto, com o desaparecimento da barriga, sofrerá o luto do corpo gravídico. Então, será preciso uma readaptação ao novo momento vivido. E quando esse parto é prematuro? É uma mudança abrupta, como uma agressão que poderá implicar em depressão pós-parto ou até mesmo em alterações psiquiátricas com necessidade de tratamento específico (ALVARENGA, 2007).

Outro fator de relevância é a vulnerabilidade do bebê prematuro, que funciona como uma barreira na aproximação de sua mãe, já que ela nem sempre se sente apta a realizar os cuidados mais comuns, por simples que pareçam como a troca de fraldas. A condição de observadora, lhe coloca em segundo plano, quando na verdade, ela é de fundamental importância. De acordo com Pontes e Cantillino (2014), a hierarquia e a falta de espaço para dialogar, no ambiente da UTIN, resultam na fragilidade da autoestima materna.

A situação de incapacidade que lhe é imposta, por depender sempre de alguém para fazer ou para saber algo sobre seu próprio filho, pode acarretar problemas de relacionamento na vida futura de ambos. Wernetet al. (2015) discorrem sobre a frustração da mulher, embora mãe, por não exercer na verdade, o seu papel de provedora. Ser mãe sugere uma série de obrigações e ao perceber seu papel, ela precisa está pronta para superar eventuais dificuldades e assumi-lo.

A importância da mãe está implícita no desenvolvimento neurológico e na psique do bebê. Freitas, Scarabel e Duque (2012), discorrem que desde a vida intrauterina até após o nascimento, a criança é extremamente influenciável e depende da psique dos pais. Assim sendo, os autores deixam clara a importância da

mãe, no cuidar. Esses cuidados básicos, como alimentar, higienizar, acalantar, são funções importantes para a sua evolução, é chamada de relação primal. A relação mãe-bebê é imprescindível, pois da mãe advém todo o subsídio de satisfação, capaz de saciar as necessidades do filho.

A mãe, de acordo com Araújo, Rodrigues e Pacheco (2015), é importante aliada no processo de crescimento e desenvolvimento do bebê prematuro, já que o cuidado materno compreende ações positivas de aspectos ambientais e biopsicossociais, resultando na diminuição do tempo de internação.

A construção de uma mãe se dá a partir das manifestações do filho. Quando o bebê não se manifesta, no caso do prematuro, como essa mãe será formada? Ela tende a se desviar do filho, não o reconhece. Assim é preciso reestabelecer essa verdade histórica, trazendo para a mãe um significado. Essa afirmação de Mathelin (1999) permanece incontestável.

O interesse pela sobrevivência dos bebês prematuros surgiu com o obstetra francês, Pierre Budin em 1880. Nesse mesmo período Tarnier, também obstetra, criou a primeira incubadora. Daí em diante uma crescente evolução pôde ser percebida nessa área da saúde, a Neonatologia (NETO, RODRIGUES, 2010).

A tecnologia surge como fundamento do cuidado, distanciando cada vez mais do humano. A UTIN é um lugar sofisticado e hostil. Um ambiente extremamente inóspito, frio e barulhento, cheio de aparelhos, onde técnicas e procedimentos invasivos ocorrem frequentemente, tornando-o de alta complexidade. Neste cenário podemos encontrar os bebês sem suas mães. Por outro lado, também encontramos muitas mães sem seus bebês, embora ambos dividam o mesmo espaço.

Essa afirmação leva a refletir sobre a mulher, que ao se perceber mãe, de forma tão inesperada e abrupta, distancia-se do seu sonho e se torna tão vulnerável. A aproximação com esse indissolúvel par: mãe-filho, nesse ambiente de hospital, sugere uma ampliação do cuidado por parte da equipe de cuidadores. Incluir a mãe nas rotinas da assistência prestada ao bebê prematuro deve ser uma prática diária. Promover esses encontros, buscar a formação do apego e do vínculo, permitir que a mãe segure seu bebê e ajude a cuidar pode favorecer na construção dessa mãe (SANTOS et. al. 2014).

A percepção da existência desse binômio, mãe e filho, sendo a mãe importante para a cura e a qualidade de vida desse novo ser, ainda não parece compreendida por todas as pessoas envolvidas nesse contexto de cuidados. Dentro de uma UTIN, ainda é possível perceber o distanciamento entre a mãe e o bebê como algo natural. Uma separação necessária, pois o bebê nasceu doente, precisa ser tratado por profissionais experientes e especialistas. Assim, as mães passam a confiar na equipe de saúde e quase sempre acreditam ser incapazes de cuidar dos filhos.

Para algumas mães, poder estar ao lado da incubadora e observar o filho pode não significar segurança, pois muitas vezes não compreendem o que acontece com o bebê. Assim, elas precisam de apoio para estar ali. A equipe de profissionais da UTIN ao perceber sua presença, deve estimular a participação nos cuidados prestados ao bebê.

Perceber os benefícios que esse contato pode trazer é fundamental, tanto imediatamente ou para o futuro. Araújo, Rodrigues e Pacheco (2015) ao discorrerem sobre o cuidado materno e sua importância no crescimento e desenvolvimento do bebê, referem que a equipe de enfermagem é responsável em promover subsídios para que as mães se emancipem. Para Cartaxo *et al.*, (2014) a preocupação com a mãe, os aspectos emocionais e sociais, têm sido observados no cuidado neonatal, como modelo de transformação dessa assistência.

Como enfermeira atuante na área de Neonatologia, durante significativa parte da minha vida profissional, mantive meu interesse em desenvolver habilidade técnica e conhecimento científico, aliado ao domínio no manuseio de equipamentos e dispositivos de ponta. Acreditava, assim, oferecer um cuidado neonatal de excelência.

Novos saberes voltados para os aspectos emocionais que fundamentam a existência humana passaram a ser inseridos em minha prática diária a partir da compreensão de que mesmo no momento mais difícil, o nascimento prematuro, existe uma nova maneira de cuidar. Menos invasiva, mais apropriada, com ampliação da assistência, inserindo outros elementos importantes, que tratam além da enfermidade do corpo. Prima pelo pleno desenvolvimento, incluindo o afeto tão necessário para o ser humano. O conhecimento mais aprofundo sobre esses aspectos subjetivos tornaram-se mais evidentes quando assumi a assistência diária na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). A aproximação

com o paradigma da subjetividade sugere uma mudança de comportamento profissional; levando a constante adoção de práticas melhores e a inclusão dos aspectos éticos e emocionais que dão ao bebê seu status de pessoa em desenvolvimento e franca aprendizagem.

Essa visão humanística e ampliada configura a tecnologia do Método Canguru, que tem como premissa o toque e o contato pele a pele de forma precoce. Ferramentas simples, porém muito eficazes para a formação do vínculo. Inova o cuidado com esses bebês ao objetivar o desenvolvimento biopsicossocial. Esse método vem sendo bastante discutido, pesquisado e aceito nas diversas áreas de atuação da saúde de especialistas em prematuros. Entretanto, apesar de sua evidência como uma maneira simples e coerente de cuidar do bebê prematuro, ainda não atingiu a totalidade dos profissionais que se dedicam a esse delicado cuidado. Não é difícil encontrar o modelo arcaico e primitivo, no qual o profissional detém todo o saber e para quem o bebê é alguém que depende exclusivamente da sua assistência. À mãe, resta seguir as orientações que poderão ou não atender suas expectativas.

A mãe, com seu cheiro, sua voz, seu toque e o seu contato precoce pode transformar esse período difícil, a hospitalização, em algo menos traumático para a díade. O resultado dessa experiência pode ser visto e constatado quando os bebês são colocados em contato pele a pele com suas mães. Por essa razão, o Ministério da Saúde integrou o MC ao conjunto de estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito de reduzir a mortalidade materna e infantil denominada Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

A utilização do MC tem por objetivo a melhoria da assistência ao recém-nascido prematuro. Durante todas as três etapas que compreende o MC, da gestação até o momento da alta hospitalar, a presença da mãe pode garantir: o amor, o calor e a nutrição.

Apesar dos cuidados adequados realizados pela equipe neonatal de profissionais, o bebê parece diferenciar a mãe do cuidador. Ao perceber essa atitude do bebê, a mãe encontra o que lhe parecia perdido: a maternidade. O profissional pode favorecer essa percepção da mãe com o incentivo aos estímulos, aproximando a mãe do filho, mesmo quando não é possível colocá-lo em posição canguru, ou seja, em contato pele a pele. A mãe pode ser encorajada a tocar, a falar ou a cantar

para o filho. Estes são estímulos favoráveis que elas podem oferecer aos filhos, independentes de serem ou não prematuros.

A preocupação com a sobrevivência do bebê que ao nascer precisa de assistência especializada, ou seja, UTIN, com a implantação do MC passa a ser ampliada. Além do crescimento e do desenvolvimento do corpo, são considerados também os aspectos biopsicossociais como essenciais para um pleno desenvolvimento. O bebê passa a ser visto como sujeito, logo, faz parte de uma história, de um contexto no qual está sua mãe e sua família.

Promover o encontro da mãe e seu filho, conhecer essas mulheres, encorajá-las a enfrentar o dia-a-dia, onde nascer e morrer parece tão próximo, transformar o ambiente hospitalar em um espaço mais ameno e acolhedor, torna-se determinante para um cuidado humanizado.

Para tanto, o profissional deverá estabelecer uma interação com a mãe; na qual ela possa sinalizar as necessidades do filho, além de favorecer sua maternagem, função exclusiva materna, como afirma Winnicott (1999). Dar-lhe a oportunidade de desenvolver suas habilidades de cuidadora, com segurança e naturalidade, por meio do apoio e da ajuda, quando necessário, e por fim promover seu empoderamento.

São essas algumas das ações que acreditamos concorrer para a melhoria da assistência da equipe de saúde, na qual se insere o enfermeiro, com ênfase no futuro desses prematuros, que farão parte de suas famílias e da sociedade. O apoio à mãe fundamenta a assistência prestada pelo MC, pois compreende que todo o cuidado desenvolvido especificamente para os prematuros, por maior que seja o investimento científico e tecnológico, poderá se perder, uma vez que salvar os bebês do risco de morte só terá sentido se houver alguém que se interesse por ele, que o ame e continue a cuidar dele após a alta da UTIN.

As questões que envolvem o nascimento de um bebê prematuro levam a reflexão e a compreensão da relevância da mãe para a sua sobrevivência. Com base na máxima do pediatra e psicanalista Winnicott (1999), para quem “um bebê sozinho não existe”, subentende-se a importância da mãe. Assim considerado surge a seguinte questão problema: qual a percepção materna sobre o contato pele a pele com seu bebê prematuro na UTIN?

O presente estudo volta-se para a mãe; ao torna-la protagonista lhe é oferecido à oportunidade de manifestar-se em favor do seu bebê prematuro, que tantos cuidados exigem. Cuidados estes não atendidos, muitas vezes, na complexidade tecnológica da UTIN; ou ainda na assistência predominantemente técnica da equipe de saúde.

Com a ideia de que nasce uma mãe quando nasce o filho, no caso do nascimento prematuro, em que condições nasce essa mãe? Como se sente sendo mãe de um bebê prematuro? Ao se preconizar o contato pele a pele como ação favorável ao desenvolvimento do prematuro, conta-se com a mãe, mas qual é a resposta da mãe a essa possibilidade? Como vivencia essa experiência?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Investigar como a mãe se sente ao vivenciar o contato pele a pele com seu bebê prematuro na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Relacionar o cuidado com a formação do vínculo afetivo no espaço da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal;
- b) identificar as dificuldades maternas para cuidar do seu bebê prematuro.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 RECÉM-NASCIDO PREMATURO

A prematuridade é considerada um problema de saúde pública por implicar em graves consequências e em grande chance de morte no período neonatal. Em todo o mundo, a cada ano, ocorrem em média 13 milhões de casos de nascimento prematuro. O Brasil ocupa a décima posição entre os países com maior número de nascimento prematuro, com um crescente número de casos e uma redução nas taxas de mortalidade (UNICEF, 2013).

A assistência neonatal foi evidenciada a partir de 1900, com o aumento de partos ocorridos em hospital, o que resultou na atenção ao recém-nascido, sob a responsabilidade do obstetra (PADOIN et al., 2011).

A neonatologia, considerada uma ciência especializada e nova no nosso país, tem obtido grandes avanços científicos e tecnológicos. Proporciona uma assistência capaz de favorecer a sobrevivência de bebês cada vez menores. Entretanto, essa sobrevivência passa a ser um grande desafio, pois seu objetivo é devolver, para as famílias e para a sociedade, crianças saudáveis. Isso implica o desenvolvimento afetivo, cognitivo, motor, emocional e social, resultados esses que só serão percebidos no futuro.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), os bebês recém-nascidos prematuros são classificados de acordo com o tempo de gestação. Nascidos de 28 a 36 semanas são considerados extremos ou muito prematuros; até 34 semanas, moderadamente prematuro e de 34 a 37 semanas, prematuro tardio (BRASIL, 2013).

Um bebê que nasce antes do tempo enfrenta grandes dificuldades para sobreviver, pelo fato de não estar pronto para viver fora do ambiente uterino. De acordo com Deutsch e Rabello (2014), o prognóstico de sobrevivência do prematuro aumenta de acordo com o tempo, ou seja, semana a mais no útero. A imaturidade dos sistemas compromete seu desenvolvimento e requer da equipe de cuidadores uma criteriosa assistência. Há um grande risco de sequelas, muitas delas irreversíveis. Dornaus (2014) refere que para um prematuro sobreviver sem sequelas, os cuidados que irá receber após o nascimento são um fator determinante.

A UTIN compreende uma oportunidade de sobrevivência para esses bebês que nascem prematuramente. O surgimento do surfactante pulmonar sintético, há 25 anos, representa um marco neste avanço, facilitando a função pulmonar do prematuro. Os recursos terapêuticos favorecem o tratamento e possibilitam a cura. Entretanto, apesar de ser na UTIN o ambiente de maior aparato tecnológico, capaz de atender às necessidades dos recém-nascidos prematuros, a internação de um bebê, logo que nasce, representa uma situação de crise para a família. Ocasiona a separação, pois o tempo que deveria ser de interação com a mãe, passa a ser utilizado para a realização de procedimentos (SCHMIDT et al., 2011).

Apesar da evolução da neonatologia, as características do prematuro, somadas ao tempo de internação, potencializam os riscos para a sobrevivência do bebê. De acordo com o Ministério da Saúde, a prematuridade é a principal causa de morte em crianças no primeiro mês de vida. Além de aumentar o risco de sobrevivência extrauterina, a infecção neonatal concorre para o aumento da mortalidade no prematuro, devido à imaturidade do seu sistema imunológico (BRASIL, 2011). Abordar a prematuridade não se resume ao paciente, o recém-nascido; significa a complexidade do contexto que envolve as características de cada indivíduo, neste caso o prematuro: seus aspectos biológicos, suas necessidades físicas, afetivas e psicológicas, as intervenções da equipe de saúde e a família, especialmente a mãe. Nessa perspectiva, a assistência passa a ter um olhar voltado para o futuro. Ao receber o prematuro na UTIN, os profissionais devem planejar suas ações, integrar a assistência especializada, constituída por uma equipe multiprofissional, capaz de atender a todas as necessidades apresentadas pelo paciente, e vislumbrar o desenvolvimento da criança em seu contexto familiar, após a alta hospitalar.

Goretti, Almeida e Legnani (2014) ressaltam em seus estudos um importante aspecto referente à assistência prestada atualmente aos bebês prematuros. Eles apontam um crescente número de profissionais se especializando em desenvolvimento infantil, mas essa assistência fragmentada preocupa-se apenas com a funcionalidade, utilidade e adaptação da criança no meio social. Os aspectos psíquicos do bebê e de seus cuidadores nem sempre estão incluídos ou valorizados pelos especialistas. A relação mãe-bebê, centrada na mãe, fundamenta-se nesse estudo como foco do atendimento, devendo ser, de

acordo com os autores, "um dispositivo clínico e função a ser observada e trabalhada".

A mãe, nesse caso, constitui importante elemento da assistência prestada ao recém-nascido prematuro, pois faz parte do seu microssistema, como nos afirmam Custódio, Crepaldi e Linhares (2014). Assim, o apoio, o acolhimento e a atenção dispensada à mãe devem fazer parte das ações que integram as rotinas do serviço de Neonatologia.

O nascimento prematuro requer muitos cuidados, dentre eles o controle térmico. A insuficiência da camada de gordura e a pele fina permeável dificultam a manutenção da temperatura, porém facilitam a entrada de microrganismos, favorecendo a infecção. Nesse aspecto, a mãe pode funcionar como barreira protetora, pois, ao entrar em contato com os agentes patogênicos do hospital, produz anticorpos que serão transmitidos para o bebê através do seu leite. O contato pele a pele e a posição canguru estimulam a produção de leite e mantêm o bebê aquecido, o que facilita o trabalho do profissional que muitas vezes não consegue controlar a temperatura do corpo do bebê, mesmo com o auxílio de equipamentos, no caso, as incubadoras e os berços de calor radiante. Oferecer o leite da própria mãe é garantir uma nutrição rica em proteínas com funções imunológicas, nitrogênio, lipídeos totais, ácidos graxos, vitaminas A, D e E, cálcio e energia. A produção desse leite ocorre nas quatro primeiras semanas e favorece a recuperação do bebê (PADILHA; STEIL; BRAZ, 2016).

A prematuridade representa também uma urgência nutricional, essa afirmativa evidencia ainda mais a importância da mãe, por ser, somente ela, capaz de produzir o alimento ideal para o recém-nascido prematuro. A literatura afirma que o leite materno é, sem dúvidas, a melhor forma de nutrir os bebês, especialmente os prematuros (ROLIM et al., 2013).

O aleitamento materno constitui uma estratégia sábia e natural capaz de promover o afeto, proteção e nutrição para o bebê. Além disso, para os prematuros, o leite da mãe é insubstituível, por apresentar em sua composição elementos específicos, capazes de suprir as necessidades imunológicas e proteicas do bebê. Esses fatores promovem um melhor prognóstico para o desenvolvimento neurológico, também minimizam o risco de doenças crônicas, como as alergias, favorecem o ganho de peso e diminuem o tempo de internação (SILVA et al., 2013).

As dificuldades das mães no processo de amamentar seus filhos encontrados pelas autoras supracitadas são referidas em outros estudos e podem ser observadas na realidade das UTIN, como ocorre na vivência da autora da presente pesquisa. Além dos sentimentos de medo e de ansiedade, outros aspectos surgem como empecilho nesse processo aparentemente fisiológico, a amamentação. A dificuldade técnica com o manejo do aleitamento materno e a falta de cuidado integral com a mãe do prematuro constituem uma lacuna na assistência neonatal.

Coutinho e Kaiser (2015) também se referem à amamentação como uma prática difícil na visão da mãe e apontam que a enfermagem é responsável por conhecer as dificuldades maternas e entendê-las para cuidar do bebê de forma integral. Trata-se de uma demanda voltada para ajudar a mãe. Para tanto, é preciso conhecer e valorizar os aspectos subjetivos individuais de cada mulher relacionados à maternidade e à amamentação. O contato pele a pele é uma eficaz estratégia de reconhecimento de ambos, mãe-filho, assim, deve ser inserido como uma rotina de enfermagem.

Reconhecidos como estratégia de política pública, por favorecer o desenvolvimento do bebê prematuro, o aleitamento materno e o contato pele a pele são práticas que dependem da competência e da sensibilização profissional. O contato pele a pele deve ser uma experiência prazerosa para ambos, pois promove o reconhecimento entre o bebê e sua mãe; além disso, atenua e humaniza a assistência no ambiente da UTIN.

O contato pele a pele é uma ação importante, apoiado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que determinam que todos os bebês, independentemente da idade gestacional, sejam favorecidos pelos benefícios decorrentes dessa prática. Constitui um dos dez passos para o aleitamento materno e deve ser iniciado imediatamente após o nascimento, na sala de parto. Para o bebê prematuro, essa prática quase sempre é inviável devido às condições de risco ao nascer, o que requer assistência imediata (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016).

O profissional que está inserido nesse ambiente específico de atenção ao recém-nascido prematuro, a UTIN, dispõe de várias tecnologias; portanto, deve saber utilizá-las de forma satisfatória, com o conhecimento das diversas

possibilidades que lhe são favoráveis para a promoção de uma assistência neonatal de qualidade. Considerar a relação mãe-bebê favorece condições futuras à criança que vão além do falar ou andar. Só a mãe oferece condições para que a criança passe a ser sujeito.

3.2 A CONSTRUÇÃO DO AFETO

A gestação é considerada um dos momentos importantes na vida da mulher. É um período de mudanças que exige adaptação. Logo que engravida, ela passa a vivenciar um processo contínuo e alterações biológicas, psicológicas e sociais.

Para Fonseca (2010), as gestantes participam de um campo de vida no qual o meio interno e externo se inter-relacionam. Assim, ocorre uma reorganização através das significações e experiências pessoais sobre ela e sobre o mundo. Essa afirmação do autor demonstra a complexidade da experiência que a mulher vivencia durante o período de gravidez.

Ao constatar que está grávida, a mulher inicia um processo de compreensão e construção que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais, emocionais e financeiros. A mulher, de acordo com Barbosa (2015), vai tentar conciliar sua nova função maternal com as atividades do seu cotidiano.

Essa fase de adaptação para a mulher pode se iniciar com a notícia de que está grávida. Além da consciência de que está gerando outro ser, ela passa a perceber alterações em seu próprio corpo. Os sinais e sintomas da gravidez vão surgindo ao longo do período de gestação, o que compreende o tempo de 39 a 40 semanas (BRASIL, 2015). Embora esses sinais e sintomas sejam bem definidos, como a ausência da menstruação, os enjoos, o vômito e o aparecimento da barriga, cada gestação traz suas características, tornando-a única.

As sensações que uma gravidez pode provocar são distintas e são descritas de acordo com cada gestante. A certeza de ter alguém crescendo em seu próprio corpo, a responsabilidade decorrente dessa certeza, as condições de concepção e o apoio recebido pela gestante, podem ou não gerar conflito ou, por outro lado conforto. Assim, a gestação pode ser percebida pela mulher como algo bom e desejado ou, do contrário, ela pode não aceitar seu estado de gravidez e comprometer sua maternidade. A relação da mãe com o filho se inicia no pré-natal, e

sofre influência das expectativas que ela tem sobre o bebê e sua interação com ele. Esse contato inicial serve de base para a relação futura, pós-nascimento, de acordo com Fonseca (2010).

Ao engravidar, a maternidade fica subentendida, o que implica na relação mãe-bebê. Logo, um bebê não nasce sozinho, com ele nascem também uma mãe e uma família. Essa afirmação nos leva a refletir sobre o direito de escolha dessa mulher em ser ou não ser mãe, considerando as cobranças da sociedade e suas imposições morais. Marciano e Amaral (2015), ao discorrerem sobre maternidade, baseados em estudos psicanalíticos, nos apresentam o narcisismo e a imortalidade como elementos que fundamentam o desejo da mulher em tornar-se mãe. É como se o filho fosse uma extensão dela mesma, tornando-a imortal, dando continuidade ao nome da família.

O processo de maternidade da mulher é um assunto que há tempos desperta o interesse de estudiosos, assim, alguns psicanalistas e pesquisadores servem de aparato científico até hoje. Winnicott (2000) discorreu sobre a mãe suficientemente boa, ou seja, aquela capaz de atender de forma satisfatória às necessidades do bebê. Essa afirmação baseia-se no que ele mesmo chama de preocupação materna primária. Esse estado psicológico está relacionado com o pensamento da mãe em sentir-se preparada para cuidar do filho. O termo “suficientemente boa”, de Winnicott (2000), não é o mesmo que mãe perfeita, mas aquela capaz de possibilitar naturalmente as falhas necessárias, ou seja, não fazer todas as vontades do bebê, formando um ambiente facilitador, onde o bebê consegue suportar frustrações para estimular seu amadurecimento. Já a mãe excessivamente presente ou superprotetora pode prejudicar a autonomia do filho. A responsabilidade da mãe vai além de suprir as necessidades do filho. Para Bowlby (2006), os agravos psíquicos da criança podem ser decorrentes da ausência materna prolongada. A criança pode sofrer traumas emocionais e comprometer seu desenvolvimento futuro quando a relação mãe-bebê não é saudável. O autor deixa explícita a importância da mãe para o filho.

Klein (1936) atribui à mãe, provedora do alimento e afeto, as sensações positivas e inconscientes em seu primeiro ano de vida, o que favorece o bom desenvolvimento da estrutura psíquica. Assim, a mãe pode ser definida como fundamental para o filho.

Todas as experiências possibilitadas pela mãe, como segurar o bebê nos braços e no olhar, farão com que o bebê perceba seu próprio corpo. Acolher o bebê, o segurar físico, favorece a associação psicossomática, ou seja, cuidado físico e psicológico. É com ela, a mãe, que ele descobre o mundo.

Dessa forma, os autores Bartolini e Piccinini (2015) sinalizam a importância do profissional de saúde, que deve atentar sempre para a qualidade das relações afetivas entre a mãe e o filho, e perceber a complexidade do papel que a mulher exerce ao assumir a maternidade. A formação do ser que cresce em seu ventre não finda ao nascimento. Ao longo do tempo continua a depender da mãe para se desenvolver. A preocupação, antes primária, parece não mais ter fim. O filho passa a exigir uma mãe para existir. A mãe é também responsável pela nutrição do filho, uma vez que somente ela possui as condições necessárias para amamentá-lo.

Barbosa (2015) discorre sobre a angústia vivida pela mulher na modernidade, por não amamentar seus filhos. A autora fala sobre o aprisionamento da mulher, uma espécie de ditadura do aleitamento materno, por ser imposto como um regulamento na sua vida. As atitudes maternas, suas escolhas, sofrem influências do meio socioeconômico e cultural da família. Assim, a tendência é seguir as ideias e crenças que acompanham a sociedade que, por sua vez, está sujeita a mudanças históricas. A construção do vínculo afetivo entre a mãe e o filho, na gestação, é fundamental. Ambos vivenciam adaptações, mudanças e apego pode contribuir para suprir suas necessidades. Na gestação, o contato pode ser descrito a partir dos sintomas da gravidez. Isso fará com que a mãe se interesse, se preocupe e cuide do filho. As sensações percebidas pela mãe, decorrentes da gravidez, funcionam como estímulo. O movimento do feto faz com que a mãe busque sentir mais o filho, compreendendo que ali há uma pessoa se desenvolvendo. Essa percepção desperta o sentimento materno, capaz de superar e enfrentar qualquer dificuldade pelo filho.

Ao engravidar, a mulher pode vivenciar um processo traumático, relacionado à gestação de risco, que geralmente tem como resultado o parto prematuro. Esse acontecimento representa mais de um em cada 10 nascimentos (CIPOLLOTTI *et al.*, 2014). Assim, a prematuridade vem sendo bastante pesquisada no sentido de aprimorar os conhecimentos e habilidades para um cuidado especializado e eficaz. Por compreender a indissociabilidade do binômio mãe-filho, as ciências Neonatologia e Obstetrícia buscam realizar uma assistência em

conjunto, permitindo que a mãe e o bebê recebam um cuidado humanizado. O nascimento prematuro é um fator determinante para a separação da díade, mãe-bebê, e concorre para o comprometimento da formação do vínculo.

O parto, para Marciano e Amaral (2015), é um processo abrupto e irreversível, que terá de ser vivido pela mulher grávida. É um processo evolutivo, difícil de retroceder. A gestação é o período que a mulher se prepara para receber o filho. É nesse tempo de espera que ela sonha com o bebê, preocupa-se com o futuro, pois geralmente a mulher assume o cuidado com o filho. A antecipação do nascimento, ou seja, o parto prematuro, pode frustrar os sonhos da futura mãe, além disso, limitar seu período de preparação para receber o filho. Um bebê muda toda a vida da mãe, especialmente neste caso, quando ele nasce prematuro.

O abandono do bebê prematuro por parte da família, especialmente da mãe, foi assunto do primeiro texto sobre Neonatologia, escrito em 1905, pelo médico francês, Pierre Budin, pai da Neonatologia. Sobreviver à prematuridade é um desafio diário para o bebê e sua mãe, apesar dos avanços científicos e tecnológicos (BUDIN, 1905).

O distanciamento da mãe com o bebê e as consequências que isso pode acarretar no futuro ainda constituem um importante objeto de pesquisa para os estudiosos. A relevância da formação do vínculo, o apego através do cuidado materno, descrito por Bowlby em 1969, nos leva a refletir sobre o papel do profissional de saúde que, diariamente, ao conviver com o bebê e sua mãe, pode promover o toque e o contato pele a pele, assim favorecendo o vínculo entre eles (BOWLBY, 1990).

3.3 O MÉTODO CANGURU

O contato pele a pele, pode-se dizer, representa um avanço tecnológico e humanístico, pois aumenta a expectativa de sobrevivência dos recém-nascidos prematuros de baixo peso, de acordo com Spehar e Seidl (2013). O contato pele a pele, no Método Canguru (MC), inicia-se com o toque e evolui até a posição canguru, que consiste em posicionar o bebê na posição vertical, pele a pele, junto ao peito da mãe ou do pai. É uma proposta que humaniza, já que a mãe, em especial, não se separa do filho. Essa estratégia faz parte do Método Canguru (MC), que desde 1979, vem sendo desenvolvido e praticado em mais de 80 países.

O Método Canguru é uma política pública, integra a rede de cuidados materna e neonatal para a redução da mortalidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Denominada de Rede Cegonha, tem por objetivo assistir à população de baixa renda desde a gestação, o parto, o nascimento, até os dois anos de idade. Estado e Município, juntos, garantem uma assistência de qualidade do pré-natal, na atenção básica, até o parto, no hospital, com a vaga garantida, por iniciativa do Ministério da Saúde, através da portaria nº1.459, de junho de 2011. A adoção do MC não tem por objetivo economizar recursos técnicos e humanos, mas aprimorar a assistência perinatal (BRASIL, 2013).

Originado na Colômbia, no hospital de Bogotá, em 1974, a experiência vem dos médicos Martinez e Sanabria, que por ocasião da superlotação vivenciada nessa época, decidiram colocar os bebês prematuros em contato pele a pele com suas mães. Essa estratégia emergencial tinha por objetivo minimizar os agravos causados pela falta de leitos, em que dois ou mais bebês dividiam o mesmo berço ou incubadora, ocasionando altas taxas de infecção.

Essa forma improvisada de cuidar dos bebês resultou em solução inesperada, capaz de resolver e controlar dificuldades pontuais do cuidado em neonatologia. O controle térmico do bebê, a prevalência do aleitamento materno e a formação do vínculo afetivo são os três pilares que fundamentam a adoção desta prática. O modelo de assistência tradicional passa a ser substituído pelas propostas de assistência humanizada para essa população de bebês, os prematuros.

O contato pele a pele com a mãe resulta no vínculo entre os dois, o que favorece conforto e segurança para o bebê, dentre outras vantagens. Por essa razão, o MC sugere que se invista nessa aproximação de forma precoce, com início na UTIN.

O prematuro, por ser homeotérmico imperfeito, aquece e esfria com facilidade. Para garantir sua sobrevivência e a integridade do seu desenvolvimento físico e neurológico, o cuidador precisa promover um ambiente térmico ideal, isso só foi possível após a invenção da incubadora em 1880, pelo médico obstetra francês Tarnier. Com a evolução da tecnologia, as incubadoras se modernizaram e cada vez mais favorece a assistência aos bebês prematuros com inovações que buscam associar o controle térmico a outras necessidades, como a aferição do peso, por exemplo.

Apesar dos grandes avanços das indústrias especializadas no cuidado aos bebês, nenhuma máquina conseguiu superar a eficácia do contato pele a pele. O calor do corpo materno é absorvido pelo bebê, garantindo o equilíbrio térmico, dispensando o uso de equipamentos.

A utilização precoce da posição canguru na UTIN é uma estratégia que garante, dentre outros benefícios, o vínculo afetivo. Segurar o bebê prematuro no colo, para a mãe, muitas vezes não é fácil, pois o bebê é muito pequeno e frágil, isso causa ansiedade e medo. Além da mãe, esse medo pode ser um fator atribuído também ao profissional que, por insegurança, prefere deixar o bebê na incubadora. Em alguns casos, evitar o manuseio pode ser a melhor forma de cuidar, pois devido à instabilidade clínica do prematuro, é preciso que não haja nenhum tipo de estímulo, mesmo que seja da mãe. Neste caso, quando é preciso esperar, compartilhar com a mãe o planejamento da assistência ao bebê pode favorecer sua compreensão, assim, fazendo com que ela permaneça ao lado do filho.

Essa proximidade, mãe e filho, pode favorecer a confiança, que passa a existir a partir de uma relação mais frequente com a equipe, isso encoraja a mãe. Também pode promover para ela, a mãe, momentos especiais, como perceber o comportamento do bebê, seus movimentos dentro da incubadora, e até mesmo o toque. Ao segurar o bebê, pele a pele, em posição canguru, além do equilíbrio térmico, ocorrerá o sentimento de apego para ambos. Afagar o bebê, passa a ser fácil para a mãe, já que o mesmo está atado ao seu corpo por uma bolsa de tecido e assim, com as mãos livres, favorece o toque de forma segura.

Outra vantagem da posição canguru é o estímulo involuntário, natural ao aleitamento materno. A mãe, de posse do filho, passa a acreditar na sobrevivência dele, tornando-se confiante e disposta a ajudá-lo nesse momento delicado. Passa a produzir leite de forma espontânea pelo estímulo contínuo decorrente da presença do bebê que, por sua vez, também, aos poucos vai sendo estimulado, através dos sentidos, a desenvolver as habilidades necessárias para o ato de mamar.

Por essa razão, o Método Canguru, através da iniciativa do Ministério da Saúde, promove capacitações para as equipes de profissionais atuantes em neonatologia, no sentido de sensibilizar e promover a compreensão para o nascer prematuro e todos os agravos que podem ser percebidos pelo manejo inadequado desses pacientes. Então, compreende-se por Método Canguru todos os

procedimentos intervencionais que debelam ou minimizam os danos da prematuridade (BRASIL, 2013).

O Método Canguru (MC) apresenta-se em três etapas distintas. A primeira etapa compreende desde a gravidez de risco até a internação do bebê em Unidade Neonatal; a segunda etapa é um alojamento conjunto para os bebês prematuros onde as mães são acompanhantes e a terceira etapa compreende a alta hospitalar. Então, o MC inicia-se desde a gravidez de risco, estende-se por todo o período de internação, especialmente quando o bebê está na UTIN, período mais crítico para a díade mãe-bebê, até o momento da alta. O bebê, foco do cuidado, demanda uma assistência ampliada, compreende a mãe como parte desse processo e a equipe de saúde com o importante papel de desenvolver e apoiar todas as três fases, sendo duas delas hospitalares e uma domiciliar.

Na primeira etapa, a gestante com risco de parto prematuro deve ser orientada quanto à chance de sobrevivência do bebê, sobre os recursos que a ciência dispõe para garantir sua vida e sobre os bons resultados obtidos. Assim, a mulher permanece com o desejo de ser mãe, não desiste do filho. Ainda na primeira etapa, quando após o nascimento, os bebês são submetidos aos cuidados em Unidade de Neonatologia, considerando os riscos e agravos inerentes ao nascimento prematuro com o uso de tecnologias especializadas, requerem do profissional uma mudança de comportamento com adoção de práticas humanísticas que valorizam a subjetividade com vistas à integridade física e psíquica do bebê.

Apesar das vantagens do Método Canguru, a posição canguru nem sempre é praticada dentro do ambiente da UTIN. Ao propor a posição canguru, é preciso que a mãe se disponha a permanecer em contato pele a pele por, no mínimo, uma hora. De outro modo, o que seria positivo para o bebê passa a ser estressante devido ao manuseio excessivo.

Para que haja total eficácia com o uso da posição canguru, é preciso encorajar a mãe e ao mesmo tempo ter domínio técnico, pois apesar de simples, a postura do bebê deve estar correta, para evitar resultados indesejáveis. O profissional precisa ser dotado de conhecimento científico que justifique sua prática, além de habilidade para exercê-la. Outra dificuldade que pode ser percebida é a ambiência, já que a UTIN é um lugar composto por máquinas e aparelhos, com um alto índice de ocupação dos leitos, estando quase sempre em superlotação, comprometendo o espaço físico e as condições para oferecer conforto à mãe. Para

Moura, Guimarães e Luz (2013), os ruídos, o cheiro e a perda de noção do tempo, se é dia ou noite, contribuem para o isolamento social. Essa afirmação nos leva a compreender as razões pelas quais algumas mães não permanecem por mais tempo ao lado do filho internado em UTIN.

Para realizar o contato precoce das mães com os bebês, o ambiente deve ser convidativo e oferecer conforto, a fim de que a mãe possa permanecer por mais tempo ao lado do filho. Para isso, ao lado de cada incubadora deve haver uma poltrona, de acordo com as normas preconizadas pelo MS. Algumas instituições com estruturas comprometidas, por falta de espaço físico, podem utilizar, ao invés de poltrona, cadeira de plástico. Para o MS, o importante é oferecer para a mãe condições para que ela permaneça ao lado do filho, ainda que ele esteja condicionado a permanecer na incubadora. Assim, como a mãe está presente, participa da evolução clínica do filho e logo que possível poderá ser convidada precocemente a tocá-lo e em seguida realizar o contato pele a pele.

Para o prematuro, submetido a tratamento especializado, considerado de alto risco, quando o mecanicismo aparece decorrente do domínio técnico e da rotina por realizar tantas vezes a mesma tarefa, o modo de cuidar, na metodologia canguru, exige uma reflexão a cada procedimento. Passam a ser compreendidos os sinais apresentados pelo prematuro, denominados de linguagem do bebê. Essa observação exige do profissional mais que conhecimentos teóricos, há de ter sensibilidade. Nessa perspectiva, a família, em especial a mãe, também é parte integrante da prática diária do cuidado desenvolvido nesse ambiente hospitalar.

Para a mãe, a UTIN pode ser o lugar mais assustador do hospital, por ser o mais diferente do seu cotidiano. Por essa razão, observa-se uma maior necessidade de sensibilização da equipe de profissionais. Para Pontes e Cantillino (2014), o longo período de hospitalização do recém-nascido interfere negativamente no desenvolvimento das habilidades da mãe. Diante de todo o aparato tecnológico e dos procedimentos ali desenvolvidos, parece não haver espaço para diálogo, toque, aproximação, ou seja, necessidades subjetivas, humanas, de sentimento. Tudo parece urgente, tudo é complexo. Assim, o MC traz uma proposta de mudança não só na forma de cuidar dos prematuros, com a participação da mãe, mas sugerindo uma mudança individual de cada integrante da equipe, como uma pactuação dos profissionais com seu próprio modo de cuidar.

O MC busca sensibilizar as pessoas para o cuidado com a adoção de boas práticas; repensar as ações individuais e coletivas como forma de melhorar o ambiente, tornando-o favorável para o bebê, para a mãe e para os próprios cuidadores; construir um lugar menos agressivo, manter a harmonia nas relações interpessoais. O MC preocupa-se com o paciente, nesse caso o bebê prematuro, e visa, também, o cuidado com o cuidador, como parte desse processo. Assim o profissional, a família, a mãe, a ambiência e tudo o que compõe esse cenário onde encontramos o prematuro integram esse modelo de assistência diferenciada.

A segunda etapa, muitas vezes confundida com o MC, representa um desafio para algumas mães, pois é nessa fase que ela poderá ficar com seu bebê em tempo integral, mesmo estando no hospital.

Quando o bebê prematuro está hemodinamicamente estável, livre dos aparelhos, ainda assim inspira cuidados, logo, não pode receber alta, mas também não deve permanecer na UTIN; nesse caso, a equipe médica indica a transferência do bebê. Nesse momento, a mãe pode decidir se deseja ou não participar dessa experiência de ficar numa enfermaria, internada como acompanhante do filho, mantendo-o na posição canguru por mais tempo na Unidade de Cuidado Intermediário Canguru (UCINCa). Quando ela não concorda, o bebê passa a ser atendido na Unidade de Cuidado Intermediário Convencional (UCINCo), até que possa receber alta.

Essa fase é muito importante para ambos, mãe-bebê, pois além da proximidade dos dois, livra o bebê de estímulos indesejáveis. O ambiente proporcionado pelo corpo da mãe é bem mais agradável que o interior de uma máquina, a incubadora. Além disso, os riscos de infecção e de sequelas relacionadas ao manuseio excessivo são otimizados. A mãe que concorda em participar recebe todo o apoio para que possa realizar com segurança e domínio o seu papel de cuidadora. Elas, as mães, costumam denominar essa fase como "escola para mães de prematuro". Compreende-se que, nesse período, quando as mães convivem intensamente com a equipe de saúde, o olhar do cuidador volta-se para ela, não se fixa apenas no bebê. Ao alcançar a mãe, tem-se a certeza de que o filho estará bem.

Compreende-se que, para a mãe, a segunda etapa pode ser algo muito difícil e cansativo, uma experiência desafiadora, impossível para algumas mulheres. Representa um período de tempo indeterminado que modifica sua rotina. Os

resultados geralmente são referidos como positivos. Para favorecer a permanência dessas mães na UCINCa, algumas vantagens pessoais devem ser ofertadas, como a visita aberta, quando ela pode receber a qualquer momento pessoas do seu convívio e não apenas o pai do bebê. Também fica permitida a entrada de alimentos trazidos por seus visitantes. Em caso de necessidade, a mãe pode se ausentar e depois retornar para a unidade, com a garantia de que seu leito ficará interditado em sua ausência e o bebê ficará sob os cuidados da equipe. Essas ações são restritas àUCINCa, pois divergem das normas e rotinas do hospital.

A terceira etapa, ou alta hospitalar, é momento muito desejado pela família, especialmente pela mãe, por geralmente ser a pessoa mais presente durante todo o período de permanência do bebê no hospital. A saída do hospital representa também um momento de dúvidas, pois a partir daí a responsabilidade com o bebê não será mais compartilhada com os profissionais, devendo ser totalmente assumida pela família. A terceira etapa proporciona para a família uma maior segurança, pois o bebê e sua mãe permanecem monitorados pela equipe de profissionais de saúde, como forma de garantir a adaptação da díade mãe-bebê no domicílio. Além disso, o retorno à instituição, em caso de alguma necessidade, está garantido pela norma do MS, através da portaria nº693 de 5/07/2000 (BRASIL, 2015).

A posição canguru, como medida para a formação do apego, é utilizada em várias instituições do país e os resultados parecem favoráveis. De acordo com a pesquisa realizada por Spehar e Seidl (2013), as mães, ao serem interrogadas sobre a posição canguru, respondem positivamente, com grande satisfação. Elas descrevem o contato pele a pele como estratégia facilitadora para o vínculo. Moura, Guimarães e Luz (2013), demonstram em seus estudos que a pele é o órgão de troca com o outro, logo, o toque consiste em troca, e o contato corporal entre a mãe e o bebê é essencial para a formação do vínculo. Nessa instância, ao considerar a importância do toque e as dificuldades para promovê-lo, percebe-se o quanto é importante sensibilizar-se para tão nobre tarefa, promover o contato pele a pele da mãe com o bebê.

O Estado do Ceará é um dos pioneiros no Brasil em utilização do Método Canguru. Iniciou em 1995 e esteve presente no Primeiro Encontro Nacional do Método Canguru, em 1999, em Recife. O Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) desenvolve com maestria essa metodologia, é referência em gestação de alto risco

e, conseqüentemente, em prematuridade. Com o número de leitos ampliado de sete para dez, de janeiro a dezembro desse ano, 2017, cento e oitenta e seis duplas foram submetidas à segunda etapa do método. O aleitamento materno representa um dos objetivos a ser alcançado pela equipe de profissionais. O resultado pode ser considerado satisfatório, pois mais de 100% dos bebês saem de alta hospitalar mamando exclusivamente no peito e especialmente porque a grande maioria dos bebês prematuros continua mamando exclusivamente após a alta hospitalar até os seis meses de vida ou mais.

O Método Canguru contribui com a saúde dos prematuros de forma efetiva, pois a assistência hospitalar especializada se estende ao domicílio, garantindo a continuidade da qualidade do cuidado ao prematuro. Com o protagonismo da mãe e com a participação do pai e de outros membros da família, ou seja, a rede social de apoio, ocorre uma adesão ao método e sua proposta. Então, a mãe encontra o apoio necessário para continuar a exercer seu papel de cuidadora e amamentar o bebê pelo tempo necessário, fator preponderante para a promoção da saúde do bebê.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é do tipo descritivo, fundamentado em uma abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2014), a pesquisa qualitativa trabalha o universo dos fenômenos humanos, por envolver as crenças, os motivos, as atitudes e os valores como parte da realidade social. A subjetividade representa o sentido. Não houve uma preocupação em quantificar, mas em compreender as relações sociais, por meio da comunicação. O senso comum, o cotidiano e a vivência são elementos que favoreceram a apreensão da atividade humana criadora, afetiva e racional.

A opção pela abordagem qualitativa foi pertinente ao objeto de estudo escolhido, além do que os objetivos alcançados requereram recursos que valorizassem a subjetividade. Desse modo, as experiências humanas, sua natureza e a especificidade do objeto compreenderam a intenção da pesquisa. Camargo Jr e Bosi (2011) consideram o ponto de vista social como foco do estudo e não desejam somente mensurá-lo, para tanto, utilizam subsídios teóricos e metodológicos reflexivos em busca da qualidade das reflexões.

4.2 LOCAL E CENÁRIO DO ESTUDO

O local escolhido para essa pesquisa foi um hospital geral e maternidade de referência para o Estado do Ceará. Trata-se de uma instituição de ensino e pesquisa, de grande porte, que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Uma unidade terciária, que presta assistência às gestantes e aos recém-nascidos, ambos de alto risco. Possui um serviço diferenciado, a Casa da Gestante, que favorece o acompanhamento das mulheres grávidas de todo o estado que apresentam risco na gravidez. Elas são internadas, geralmente, com complicações que antecipam o parto. São acompanhadas diariamente por uma equipe multiprofissional, que tenta prolongar a gestação pelo maior tempo possível, para evitar o nascimento prematuro. É localizada em posição estratégica, de fácil acesso à sala de parto e à UTIN, o que facilita e assegura uma boa assistência à gestante e ao bebê. Por funcionar em regime de vaga zero, a superlotação dos leitos de maternidade e de UTIN ficam justificados.

Para atender a essa clientela, o hospital dispõe de duas salas de parto normal e um centro cirúrgico obstétrico, dois blocos de enfermarias destinados ao atendimento de alojamento conjunto, vinte leitos de UTIN, trinta e oito leitos de UCINCo e dez leitos de UCINCa.

O cenário escolhido para esse estudo foi a UTIN, por se tratar de um ambiente especialmente desenvolvido para atender recém-nascidos prematuros, submetidos a tratamento especializado. Para tanto, a unidade era formada por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos e enfermeiros com especialidade em neonatologia e os demais profissionais, todos capacitados e com vasta experiência na área. Vale ressaltar que a grande maioria dos profissionais que compunha esse grupo já participa da capacitação específica para o cuidado humanizado com o recém-nascido, Método Canguru (MC), iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado (SESA). Esse curso ocorreu na própria instituição e tem por objetivo sensibilizar os profissionais de todas as categorias, que lidam com bebês prematuros, na importância dessa assistência e na forma como ela se desenvolve. Todos os cuidados realizados visam minimizar danos e sequelas, promover o conforto e a qualidade na assistência, além de garantir aos bebês prematuros um pleno desenvolvimento.

O hospital abriga em suas dependências mães, puérperas ou gestantes em trabalho de parto, geralmente prematuro; além disso, é pioneira e referência em Método Canguru, com vinte anos de experiência nas três etapas. Assim, a UTIN, ou primeira fase do MC, por ser o local onde deveria se iniciar a aproximação do bebê com sua mãe, quando é possível favorecer o toque, constituiu um campo favorável para esta pesquisa que ocorreu no período de outubro a dezembro de 2017.

A pesquisadora foi ao encontro da mãe, onde propôs a realização da posição canguru com seu filho. Essa experiência, pele a pele constitui uma prática relevante do método, já que ao promover o contato precoce, o vínculo mãe-bebê é favorecido. A saber, o contato pele a pele não é o mesmo que Método Canguru (MC). Compreende-se por MC a forma ou conjunto de técnicas humanizadas para cuidar de recém-nascidos prematuros. Dentre as ações que compõem essa assistência, está o contato pele a pele que se inicia com o toque e pode evoluir até a posição canguru, quando o bebê é colocado na vertical, entre os seios, em contato direto com a mãe/pai, como o animal canguru (BRASIL, 2017).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A experiência das participantes nas ações de tocar seus filhos e colocá-los na posição canguru ainda na UTIN favoreceu a obtenção de dados subjetivos significativos, além do desvelar de sentimentos e emoções. Portanto, não objetivou mostrar dados, indicadores ou tendências. Como referiu Guerra (2014), não se devem sacrificar significados ou simplificar a vida social, é preciso novos paradigmas para valorizar esses aspectos.

Foram excluídas do estudo as mães portadoras de alguma impossibilidade física de realizar o contato pele a pele.

O número de participantes foi constituído por 15, levando em conta a ocupação dos leitos de UTIN por essa clientela específica, ou seja, os bebês prematuros e conseqüentemente a efetiva presença das mães nessa unidade. Ao considerarmos o elevado número da taxa de ocupação nos leitos de UTIN, que geralmente ultrapassam as vagas, no caso os 20 leitos destinados aos cuidados intensivos, onde a superlotação foi uma constante, essa característica pôde ser favorável para esse estudo, uma vez que ofereceu as condições necessárias para a obtenção de informações relevantes para esta pesquisa.

A seleção das participantes foi intencional. Para os autores Polit e Becker (2011), a amostragem intencional, considera que o pesquisador seja indicado a decidir sobre a população, por se tratar de sujeitos homogêneos ou típicos, e por conhecer as questões estudadas.

Aquelas que aceitaram participar do estudo foram informadas a respeito dos objetivos e etapas da pesquisa. O aceite foi consolidado pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), para as mães menores de idade.

4.4 OBTENÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL DISCURSIVO

Como forma de obtenção dos dados, esse estudo foi dividido em duas fases, ambas com a participação das mães, nas quais foram utilizados recursos metodológicos distintos.

Também foi realizada uma Revisão Integrativa (RI) por ser um método de pesquisa que possibilitou identificar as lacunas do conhecimento referentes aos fenômenos estudados. Isso favoreceu uma aproximação com o objeto de pesquisa, promovendo uma melhor compreensão e o aprendizado. Com base em pesquisas já realizadas, a RI apresentou resultados já apreendidos sobre o sentimento das mães de prematuros internados em UTIN. O desvelamento do estado da arte, de acordo com Crossetti (2012), as questões sobre o que é conhecido, sua qualidade, o que deve ser conhecido e qual o próximo passo a ser investigado, facilitam novos estudos, além de proporcionar um suporte para a tomada de decisões e especialmente melhorar a prática clínica.

No primeiro momento, a pesquisadora teve como ferramenta de trabalho a observação participante, por ser uma técnica capaz de gerar informações. Utilizou os sentidos para obter os aspectos da realidade. Para Fortes e Soane (2012), essa técnica não se limita em ver e ouvir, ela examina os fatos, os fenômenos. A observação participante contou com a atuação da pesquisadora, que realizou a postura canguru em três momentos, em dias distintos, o que proporcionou o contato mãe-filho, na UTIN. A pretensão foi observar o comportamento da mãe nesse momento em que ela vivenciou essa aproximação, esse contato direto com seu bebê.

A outra fase ocorreu em forma de entrevistas narrativas, por considerar a interação entre o entrevistador e o narrador. As narrativas, segundo Muylaert et. al. (2014) combinam histórias de vida a contextos sócio-históricos ao mesmo tempo em que revelam experiências individuais. Os autores afirmam que as narrações reproduzem as ações dos indivíduos, com suas histórias de vida, suas biografias e os fatores que produzem e motivam mudanças.

Nessa fase da pesquisa, as mães que inicialmente participaram do primeiro momento, quando experimentaram o contato pele a pele com seu bebê na UTIN, foram entrevistadas. Foi uma oportunidade na qual puderam manifestar suas emoções, compartilhando com o entrevistador.

As entrevistas aconteceram no espaço agregado à enfermaria canguru, por ser climatizado, agradável e propício para esse tipo de trabalho, além de oferecer privacidade requerida para tal diálogo. Nos encontros, a pesquisadora pretendeu abrir espaço para a escuta, deixando fluir o sentimento e emoções da mãe. Para tanto, foi preciso nortear o rumo da conversa, através de um roteiro

semiestruturado. As perguntas foram elaboradas para facilitar a compreensão das respostas e assim cumprir os objetivos propostos (APÊNDICE A). Essas questões foram complementadas a partir do conteúdo verbalizado pela mãe. A pesquisadora fez o registro das falas, por meio de um gravador. Após a gravação, todo o conteúdo foi transcrito e posteriormente submetido à análise e tratamento dos dados. Para tanto, foram utilizadas as diferentes etapas propostas por Minayo (2014) na análise temática de conteúdo e os significados apreendidos foram interpretados com o auxílio de referencial pertinente.

De posse do material transcrito, foram iniciadas as etapas da análise. A priori foram realizados os recortes expressivos, que consistiram em extrair dos depoimentos das mães as falas de maior impacto e que correspondiam aos questionamentos propostos. Nessa fase inicial foram definidas 35 unidades de significados. Em seguida, partimos para o agrupamento dos recortes, considerando a semelhança entre os significados como critério. Por fim, o processo de redução e caracterização das expressões foi compactado e originou duas categorias analíticas. A saber, são elas: Assistência prestada a mãe no parto pela equipe de saúde e Sentimentos maternos no contato pele a pele com o bebê prematuro.

Para uma melhor compreensão, as etapas para a obtenção das categorias analíticas foram organizadas da seguinte forma:

Quadro 1 – Esquema para obtenção das categorias analíticas

(continua)

UNIDADE DE SIGNIFICADO	REDUÇÃO I	REDUÇÃO II	CATEGORIAS ANALÍTICAS
4. Desconhecimento da mãe sobre o parto e a prematuridade.	DESCONHECIMENTO DA MÃE SOBRE O PARTO E A PREMATURIDADE	SITUAÇÃO PARA O PARTO	ASSISTÊNCIA PRESTADA À MÃE NO PARTO PELA EQUIPE DE SAÚDE
5. Justificativa para o parto prematuro 8. Achado clínico com indicação de emergência obstétrica 35. Complicação na gravidez	INDICAÇÃO CLÍNICA DO PARTO PREMATURO		

Quadro 1 – Esquema para obtenção das categorias analíticas

(continuação)

UNIDADE DE SIGNIFICADO	REDUÇÃO I	REDUÇÃO II	CATEGORIAS ANALÍTICAS
1. Pré-natal dentro da normalidade 6. Condição favorável para o nascimento	SITUAÇÃO POSITIVA PARA O NASCIMENTO	SITUAÇÃO PARA O PARTO	ASSISTÊNCIA PRESTADA À MÃE NO PARTO PELA EQUIPE DE SAÚDE
2. Falta de suporte para o parto prematuro 7. Condição de desconforto físico da mãe	SITUAÇÃO NEGATIVA PARA O PARTO		
32. Apoio oferecido à mãe pela equipe de saúde	APOIO OFERECIDO À MÃE PELA EQUIPE DE SAÚDE	ASSISTÊNCIA PRESTADA À MÃE PELA EQUIPE DE SAÚDE	
27. Comunicação profissional ineficaz 28. Comunicação profissional inadequada	COMUNICAÇÃO INADEQUADA		
33. Assistência inadequada prestada à mãe pela equipe de saúde	ASSISTÊNCIA INADEQUADA PRESTADA À MÃE PELA EQUIPE DE SAÚDE		
31. Reação materna ao tratamento inadequado	REAÇÃO MATERNA AO TRATAMENTO INADEQUADO		
25. Impressão da mãe sobre o ambiente da sala de parto 26. Impressão da mãe sobre a UTIN	IMPRESSÃO DA MÃE SOBRE O AMBIENTE HOSPITALAR	O ENCONTRO COM O FILHO PREMATURO NO AMBIENTE HOSPITALAR	SENTIMENTOS MATERNOS NO CONTATO PELE A PELE COM O BEBÊ PREMATURO
17. Percepção da mãe sobre o bebê prematuro 22. Impressão da mãe sobre o nascimento do filho prematuro 23. Impressão da mãe sobre o bebê prematuro	O ENCONTRO COM O FILHO PREMATURO		
19. Percepção da mãe sobre canguru 30. Felicidade materna ao tocar o bebê 24. Impressão da mãe sobre o toque no seu bebê prematuro	A PERCEPÇÃO DA MÃE A RESPEITO DO TOQUE		

Quadro 1 – Esquema para obtenção das categorias analíticas

(conclusão)

UNIDADE DE SIGNIFICADO	REDUÇÃO I	REDUÇÃO II	CATEGORIAS ANALÍTICAS
18. Percepção da mãe sobre o aleitamento materno 20. Percepção da mãe sobre a importância do toque para o AM 21. Vínculo entre mãe e filho	O ALEITAMENTO MATERNO COMO CONSEQUÊNCIA DO CONTATO PELE A PELE	A PERCEPÇÃO DA MÃE A RESPEITO DO CONTATO PELE A PELE	SENTIMENTOS MATERNOS NO CONTATO PELE A PELE COM O BEBÊ PREMATURO
12. Sentimento de confiança da mãe 13. Sentimento de felicidade da mãe 14. Sentimento de realização com a maternidade 16. Sentimento da mãe diante da confirmação da gravidez	SENTIMENTOS POSITIVOS DA MÃE	SENTIMENTOS MATERNOS	
9. Sentimento de insegurança da mãe 11. Sentimento de fragilidade da mãe 15. Sentimento de impotência da mãe 29. Sofrimento materno 3. Falta de suporte emocional	SENTIMENTOS NEGATIVOS DA MÃE		

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

As recomendações da Resolução nº466/12, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), foram atendidas. O Certificado de Apresentação para Apreciação Ética tem o número 65250117.5.0000.5041. Os dados foram coletados após a emissão do parecer favorável do Comitê de Ética da instituição onde ocorreu a pesquisa e anuência das participantes pela assinatura do Termo de Consentimento ou Assentimento Livre e Esclarecido, assegurando-lhes o anonimato, a utilização exclusiva dos dados para esse estudo e o direito de retirarem o consentimento se assim desejassem. Ressaltando que esse estudo manteve em

sigilo a identidade das participantes por discorrer sobre aspectos íntimos e por tratar de assuntos que envolveram aspectos biopsicossociais; a pesquisadora ofereceu apoio ou mesmo a liberdade de interromper sua participação, de acordo com seu desejo. Como benefícios, acreditou-se que os resultados alcançados puderam subsidiar melhorias na atenção prestada às mulheres, mães e seus bebês prematuros.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico serão apresentados os resultados da revisão integrativa (5.1), assim como a análise e discussão das categorias temáticas apreendidas (5.2; 5.3).

Para melhor caracterização das mães participantes, sintetizamos algumas informações que possibilitam o delineamento do perfil sociodemográfico das mães, assim como alguns aspectos clínicos de seus bebês.

Os dados numéricos obtidos no preenchimento das fichas de identificação das mães participantes dessa pesquisa, bem como os de seus bebês, não correspondem aos objetivos deste trabalho. Entretanto ressaltamos alguns achados no intuito de ilustrar e caracterizar a população que contribuiu com este estudo. A idade das mães variou entre 18 e 35 anos, e todas elas viviam com seus companheiros. Quanto à origem, 46,6% eram do interior e o restante residia na capital. Quanto à escolaridade, a maioria, 60% possuíam o Ensino Médio; duas delas, ou sejam, 13,3%, tinham o Ensino Fundamental e 26,6%, quatro mães, possuíam o Ensino Superior. Com esse perfil, compreende-se que as mulheres eram esclarecidas, capazes de absorver as orientações e as sugestões pertinentes. Todas elas realizaram a consulta de pré-natal, sendo que apenas duas mães limitaram a consulta a apenas uma vez, pois ao descobrirem a gravidez, não houve mais tempo, os bebês nasceram. Para a maior parte da população do estudo, ou seja, 13 delas, essa foi a primeira experiência como mãe, apenas dois já possuíam outros filhos. Quanto às características dos bebês, a idade gestacional variou entre 29 a 34 semanas, com média em 31 semanas de vida; quanto ao peso de nascimento, o menor foi 745g, e o maior foi 1.795g, com média entre 1.241g. A estatura variou entre 34,5cm a 42cm, com média em 38cm. Quanto ao sexo, o feminino prevaleceu, com 9 bebês deste gênero. Apenas três bebês não necessitaram de oxigênio ao nascer, entretanto um deles apresentou desconforto respiratório com menos de 24 horas de vida e foi intubado. Os valores do APGAR no primeiro minuto variaram de 4 a 9 e no quinto minuto variaram entre 7 e 9. Corroborando com o que a literatura apresenta (BRASIL, 2015), no que se refere aos benefícios da posição canguru para estabilidade clínica dos bebês, observou-se que a saturação de oxigênio variou de 98% a 100%, com média em 99% durante todo o período em que os bebês estiveram pele a pele com suas mães. Percebeu-se

uma melhora imediata, uma vez que o valor inicial registrado pelo monitor, oxímetro, variou entre 94% a 97%.

5.1 REVISÃO INTEGRATIVA

Os vínculos afetivos são funções biológicas para a sobrevivência da espécie humana. A necessidade de afeto inicia-se na gestação. Mãe e filho constituem um processo contínuo de desenvolvimento e interações emocionais que propicia, para ambos, conforto e prazer. Logo no início da gravidez, o vínculo materno se forma, através de sonhos, desejos, fantasias e modelos de como ser mãe, com o bebê imaginário, presente no cotidiano dessa mulher (BOWLBY, 2002).

A gestação, nos últimos meses, desperta ainda mais a imaginação da mulher, pois é nesse período que ela sente o bebê se mexer, provocando nela, a futura mãe, emoções e fantasias por constatar a presença do filho. Entretanto, algumas mulheres não conseguem completar o tempo de gestação, o que acarretará um nascimento prematuro, ou seja, aquele que acontece antes das 37 semanas de gestação (BRASIL, 2014).

A separação do filho, decorrente da antecipação do nascimento, gera uma situação de crise para a mãe. Além do bebê real, ou seja, o prematuro, ser diferente do bebê imaginário, o sentimento de culpa pelo sofrimento do filho aparece como fator inibidor do contato espontâneo com o bebê. A insegurança e a ansiedade pela sobrevivência do filho, para Santos et al. (2013), desencadeiam emoções que podem contribuir para o distanciamento, já que a internação do bebê gera na mãe sentimentos negativos como: frustração, desapontamento, além da falta de confiança na capacidade de cuidar do bebê.

Perceber os benefícios que esse contato pode trazer é fundamental, tanto imediatamente ou para o futuro. Para Cartaxo et. al. (2014), a preocupação com a mãe, os aspectos emocionais e sociais, têm sido observados no cuidado neonatal, como modelo de transformação dessa assistência.

Assim sendo, esse estudo tem por objetivo observar a formação do vínculo afetivo através da participação da mãe no contato pele a pele com o filho prematuro. A revisão integrativa é a abordagem metodológica mais abrangente, uma vez que não exclui os estudos experimentais dos não-experimentais. Para as autoras Sousa, Silva e Carvalho (2010), favorece a compreensão de um

determinado assunto, pois alia dados da literatura teórica com os empíricos, além de conceitos, evidências e revisões científicas.

A revisão integrativa da literatura constitui-se de uma ampla análise, o que pode vir a propor reflexões e aprimoramento dos estudos já realizados.

Para Crossetti (2012), os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, buscam oferecer o melhor cuidado aos pacientes; logo, são desafiados a buscar conhecimentos científicos amparados nas evidências. Dessa maneira, buscam e produzem conhecimentos específicos, de acordo com sua área de atuação.

A prática baseada em evidência tem como finalidade ligar a teoria à prática com o intuito de otimizar a conduta clínica, com segurança, qualidade e baixo custo, assim referem os autores Ercole, Melo e Alcofarado (2017).

A revisão integrativa segue um rigor metodológico para sua construção, sendo necessário percorrer seis etapas distintas, sendo elas: a seleção do tema e seleção da hipótese, critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragem ou busca na literatura, seleção das informações a serem extraídas dos textos selecionados, categorização dos estudos, avaliação e interpretação e, por último, síntese do conhecimento (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Uma estratégia utilizada como elemento norteador, a partir do acrônimo PICO (P - população: mãe de bebê prematuro; I - intervenção: participação; C - comparação: no contato pele a pele e O - desfecho ou resultado: vínculo afetivo), é a formulação de uma pergunta, que objetiva direcionar a pesquisa. Com essa orientação, surge a seguinte questão: A participação da mãe do bebê prematuro no contato pele a pele favorece o vínculo afetivo?

P (população)	MÃE DE BEBÊ PREMATURO
I (intervenção)	PARTICIPAÇÃO
C (comparação)	NO CONTATO PELE A PELE
O (resultado)	VÍNCULO AFETIVO

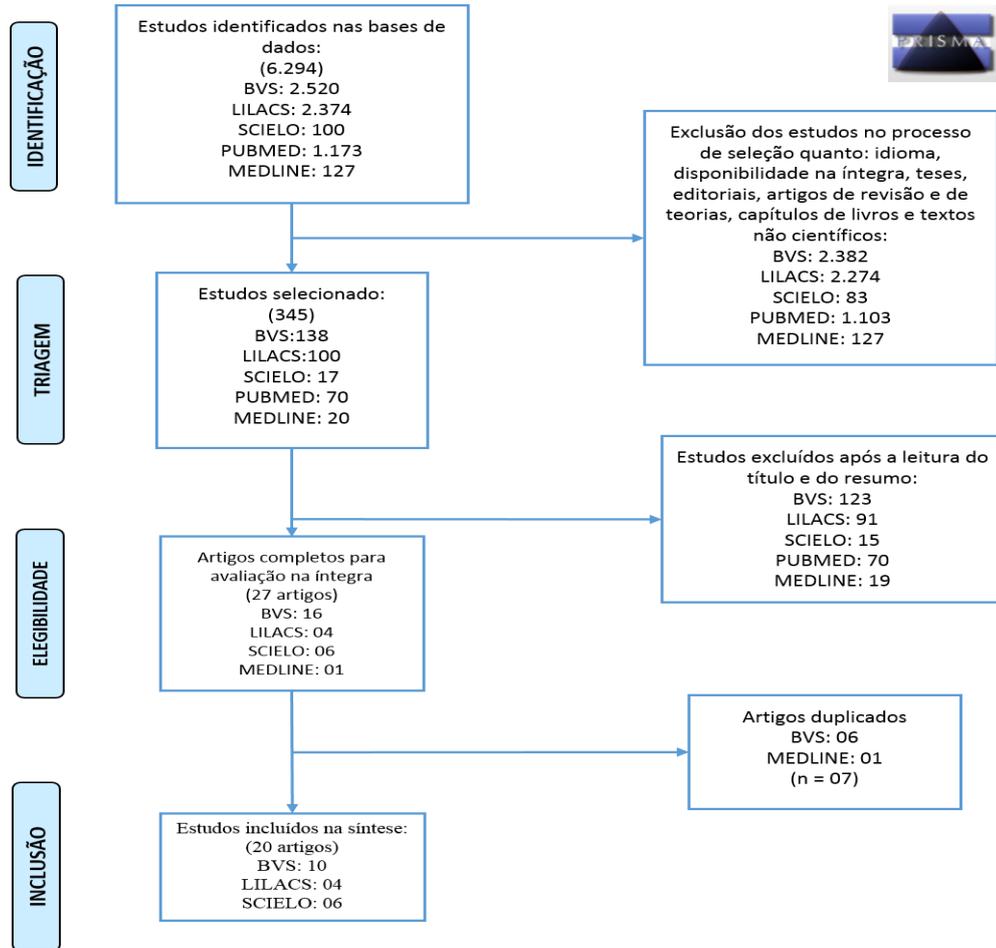
Para compor esta RI, consideramos como critério de inclusão publicações em periódicos nacionais e internacionais, idioma português, inglês e espanhol, cuja produção esteja relacionada a autores da América Latina; não houve restrição de data de publicação. Apenas foram selecionados aqueles artigos disponíveis na íntegra por meio digital. Como critérios de exclusão, não foram considerados elegíveis teses, dissertações e documentos organizados por órgãos governamentais, além de anais ou editoriais.

A busca por textos foi realizada pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Cochrane, a partir dos descritores: contato pele a pele, prematuridade, vínculo, mãe.

5.1.1 Resultados

Foram identificados 27 artigos nas bases de dados consultadas, dos quais sete foram excluídos por duplicidades. Restaram vinte artigos para inclusão na síntese qualitativa, dos quais seis (30%) foram encontrados na base de dados SCIELO, quatro (20%) no portal da LILACS e dez (50%) na base de dados da BVS. No quadro 1 visualizamos a organização dos dados quanto ao título, autores, idioma, base de dados, periódico, ano de publicação.

Figura 1 – Fluxograma da Pesquisa



Fonte: Elaborada pela autora.

Quadro 1 – Corpus para análise na revisão Integrativa da literatura

(continua)

Nº	TÍTULO	AUTORES	IDIOMA	BASE DE DADOS	PERIÓDICO	ANO DE PUBLICAÇÃO
1	A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê.	Medicina Pontes e Cantillino, 2014	Português	SCIELO	Jornal brasileiro de psiquiatria RJ	2014
2	Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal	Enfermagem Cartaxo, et al., 2014	Português	LILACS	Rev. Enfer. UERJ	2014
3	Consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe adolescente e recém-nascido	Enfermagem Barroso; Pontes e Rolim, 2015	Português	BVS	Rev. RENE CE	2015

Quadro 1 – Corpus para análise na revisão Integrativa da literatura

(continuação)

Nº	TÍTULO	AUTORES	IDIOMA	BASE DE DADOS	PERIÓDICO	ANO DE PUBLICAÇÃO
4	Vivência de mães sobre a hospitalização do filho prematuro	Enfermagem Roso et al., 2014	Português	BVS	Rev. Enferm UFSM	2014
5	O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade : do nascimento ao 3º mês após a alta	Psicologia Fleck e Piccinini, 2013	Português	SCIELO	Aletheia UFRS	2013
6	Vivência materna com filhos prematuros em uma unidade de tratamento intensivo neonatal	Fisioterapia Costa et al., 2011	Português	BVS	Rev Bras Promoç Saúde CE	2012
7	Vivências e percepções maternas na internação do filho prematuro em unidade de tratamento intensivo neonatal	Enfermagem Araújo e Rodrigues 2010	Português	SCIELO	Rev da Esc de Enferm USP	2010
8	Vivência no Método Canguru: percepção da mãe	Enfermagem Campos et al., 2008	Português	LiLACS	Rev RENE CE	2008
9	A realidade das mães numa unidade de terapia intensivo neonatal	Psicologia Raadet al., 2006	Português	SCIELO	Psic: revda Vetor Editora SP	2006
10	Processos de subjetivação vivenciados por mães em unidade de neonatologia	Psicologia Lara e Kind, 2014	Português	SCIELO	Psicol. Estud. MG	2014
11	O imaginário das mães sobre a vivência no Método Canguru	Enfermagem Eleutério et al., 2006	Português	BVS	Cien Cuid Saude CE	2006

Quadro 1 – Corpus para análise na revisão Integrativa da literatura

(continuação)

Nº	TÍTULO	AUTORES	IDIOMA	BASE DE DADOS	PERIÓDICO	ANO DE PUBLICAÇÃO
12	Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade : as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto	Enfermagem Scochiet al., 2003	Português	LILACS	Rev Latino-am Enferm SP	2003
13	Compreensão do sentimento materno na vivência do Método Canguru	Enfermagem Hecket al., 2016	Português	BVS	Rev Enferm UFSM	2016
14	Método Canguru: percepção das mães que vivenciam a segunda etapa	Enfermagem Oliveira et al., 2014	Português	BVS	Rev de Pesquisa: Cuidado é Fundamental RJ	2014
15	Percepção maternal sobre o contato pele a pele com o prematuro através da posição canguru	Enfermagem Santos et al., 2010	Português	BVS	Rev de Pesquisa: Cuidado é fundamental RJ	2010
16	Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia	Psicologia Spehar e Seidl 2013	Português	SCIELO	Psicolog. Estud. Maringá-DF	2013
17	Contato precoce pele a pele entre a mãe e filho: significado para mães e contribuição para a enfermagem	Enfermagem Matos et al., 2010	Português	BVS	REBEn (Rev Bras de Enf) SC	2010

Quadro 1 – Corpus para análise na revisão Integrativa da literatura

(conclusão)

Nº	TÍTULO	AUTORES	IDIOMA	BASE DE DADOS	PERIÓDICO	ANO DE PUBLICAÇÃO
18	Método Canguru: percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal	Fisioterapia Nunes et al., 2015	Português	BVS	Rev Bras Promç Saúde CE	2015
19	O processo interativo mãe-bebê pré-termo	Psicologia Scortegagna et al., 2005	Português	SCIELO	Rev da Vetor Editora SP	2005
20	Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva	Enfermagem Camargo et al., 2004	Português	BVS	Ciência, Cuidado e Saúde Maringá- DF	2004

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre os estudos incluídos para a análise, dez (50%) foram publicados há 10 anos ou mais e dez (50%) correspondem aos últimos cinco anos; percebemos também que todos os estudos são nacionais.

Quanto à área de atuação dos autores, percebe-se que a maioria dos artigos foi escrita por enfermeiros, num total de doze (60%) artigos, cinco (25%) foram escritos por psicólogos, dois (10%) por fisioterapeutas e um (5%) por médicos.

O Ceará representa o estado com o maior número de publicações, somando cinco (25%) dos trabalhos.

As publicações aparecem em maior número nas revistas de enfermagem, com oito (40%) artigos.

No quadro 2 é possível conhecer os objetivos, métodos e os principais resultados de cada estudo.

Quadro 2 – Resultados de cada estudo

(continua)

Nº	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
1	Analisar a relação entre o parto vivenciado como traumático em decorrência da prematuridade e o vínculo mãe-bebê.	Estudo inferencial transversal / Qualitativo.	O parto prematuro pode ser considerado uma experiência traumática para a mãe e pode influenciar negativamente o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê.
2	Verificar a vivência de mães de recém-nascidos prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal.	Estudo descritivo / Qualitativo.	A experiência de ser mãe de um bebê prematuro é muito difícil, deixando-a estressada, com estado emocional fragilizado, realçado por medo da perda do filho, embora reconheça a necessidade do tratamento. Assim, o estabelecimento do vínculo e do toque entre a mãe e o filho tornam-se imperativos para fortalecer o afeto, o apego, a aceitação, pois ao perceber que pode prestar cuidados ao filho, mesmo hospitalizado, torna-se mais confiante e capaz de superar dificuldades e medo.
3	Apreender, sob a percepção maternal, as consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo mãe adolescente/bebê prematuro	Estudo exploratório-descriptivo / Qualitativo.	As mães apresentaram percepções diferentes acerca do sofrimento dos filhos e consideraram a prematuridade um problema grave que dificulta o estabelecimento do vínculo mãe/ bebê.
4	Descrever a vivência das mães em relação ao nascimento de um filho prematuro internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Estudo descritivo / Qualitativo.	Proporcionar o vínculo através do apego, do cuidado prestado pela mãe na alimentação, carinho, colo, abraço, entre outros, é essencial nessa etapa da vida familiar.

Quadro 2 – Resultados de cada estudo

(continuação)

Nº	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
5	Investigar as representações sobre o bebê imaginário e o bebê real prematuro, pós-parto, na pré-alta e no 3º mês após a alta.	Estudo de caso coletivo longitudinal / Qualitativo.	Revelaram a intensificação do confronto entre o bebê imaginário e o bebê real. A elaboração da perda do bebê imaginário e o fortalecimento do vínculo com o filho apareceram, principalmente, no 3º mês após a alta, quando as mães revelaram estar satisfeitas e orgulhosas com as características e desenvolvimento dos filhos.
6	Conhecer a vivência materna com filhos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal.	Estudo descritivo / Qualitativo.	A mãe do prematuro vivencia momentos de dificuldade diante da situação de risco e instabilidade do bebê, causando sentimentos ambivalentes em relação à prematuridade.
7	Apreender o motivo para a permanência materna no hospital durante a internação do filho prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Fenomenologia Sociológica de Alfred Schütz / Qualitativo.	A convergência dos <i>motivos para</i> , emergentes dos discursos analisados, possibilitou captar os sentidos das ações dessas mães em permanecer na unidade hospitalar, durante a internação do filho prematuro, expressos através das categorias: Cuidar do filho: enfrentando o desafio de ter um pequeno bebê; Ficar perto do filho prematuro: a presença materna contribuindo para a sua recuperação mais rápida; Ajuda recíproca entre as mães: é a esperança reforçada a cada dia.
8	Conhecer a percepção das mães sobre o método mãe canguru	Estudo Descritivo / Qualitativo.	De acordo com a percepção das mães, o Método Canguru acrescenta e beneficia a assistência ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso, trazendo benefícios como o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, muitas vezes abalado pela separação de ambos mediante internação da criança em uma UIN.

Quadro 2 – Resultados de cada estudo

(continuação)

Nº	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
9	Verificar a realidade vivenciada pelas díades mãe-bebê hospitalizado	Observação participante.	Foram encontrados antecedentes maternos que colocam a vida do feto em risco e podem influenciar o nascimento prematuro; condições mais frequentes do recém-nascido, aspectos do aleitamento materno e condições angiogênicas e emocionais dos pais.
10	Investigar a experiência de ser mãe de um bebê prematuro na unidade neonatal, contexto da primeira etapa do Método Canguru.	Observação participante / Qualitativo.	As ligações estabelecidas entre as mães, máquinas, objetos e narrativas provocaram a compreensão de formas singulares de se experimentar a maternidade.
11	Conhecer os sentimentos das mães que vivenciam o método mãe-canguru durante a internação na enfermaria mãe-canguru.	Estudo descritivo / Qualitativo.	As mães consideram que o método canguru representa uma oportunidade de aprendizagem quanto ao cuidado com seu filho e que o vínculo afetivo é relevante e proporciona a recuperação do bebê.
12	Descrever as ações da enfermagem realizadas nas unidades neonatais de risco de um hospital-escola de Ribeirão Preto-USP, no sentido de favorecer o vínculo e apego mãe-filho em situação de prematuridade.	Relato de experiência / Qualitativo.	As experiências mostram que as ações favorecem o estabelecimento do vínculo e apego mãe-filho e família, observando-se maior interação da família com o bebê, em especial da mãe, e maior interesse no aprendizado de seus cuidados, além da satisfação manifestada pela assistência recebida.
13	Compreender os sentimentos maternos vivenciados nas diferentes etapas do Método Canguru.	Estudo descritivo / Qualitativo.	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.

Quadro 2 – Resultados de cada estudo

(continuação)

Nº	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
14	Conhecer as percepções das mães de recém-nascidos pré-termo e/ou baixo peso sobre a segunda etapa do Método Canguru.	Estudo exploratório descritivo / Qualitativo.	A vivência da segunda etapa possibilita a superação dos sentimentos negativos que afloram com o nascimento prematuro e promove o empoderamento das mães em relação ao cuidado com o filho.
15	Analisar a vivência de puérperas durante a hospitalização do prematuro na primeira etapa do Método Canguru.	Estudo exploratório / Qualitativo.	A análise de conteúdo evidenciou que puérperas vivenciam um período de estresse no início da hospitalização do prematuro na primeira etapa do MC, representada pelo abandono das atividades diárias e da família.
16	Descrever a realização da posição canguru e as práticas de amamentação, bem como avaliar a percepção de autoeficácia quanto aos cuidados e à interação com o neonato, ao longo das três etapas do MC, de puérperas de RNPB.	Estudo descritivo longitudinal / Quantitativo / Qualitativo.	Os resultados referentes à posição canguru apontaram relação entre a frequência desse posicionamento no hospital e a prática do MC no domicílio. Sobre a amamentação, os dados indicaram a prevalência do aleitamento materno após a alta. Os dados evidenciaram que as etapas hospitalares do MC contribuíram para a aquisição de autoeficácia das mães em relação aos cuidados com seus filhos e à interação com eles.
17	Compreender o significado do contato precoce pele a pele mãe-filho para o ser-mãe, identificar características do estabelecimento desse contato e contribuições da enfermagem.	Estudo descritivo / Qualitativo.	O significado do contato precoce entre mãe-filho atribuído pelas mães é positivo, e a contribuição da enfermagem no estabelecimento desse contato é significativa.

Quadro 2 – Resultados de cada estudo

(conclusão)

Nº	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
18	Conhecer a percepção materna acerca da vivência na primeira etapa do Método Canguru na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Estudo descritivo exploratório / Qualitativo.	O Método Canguru é uma prática segura e prazerosa para mães e familiares, além de propiciar vantagens sociais e psicoafetivas que se encontram no imaginário da institucionalização do método e na experiência das mães quando adequadamente apoiadas. Pode-se evidenciar significados dos sentimentos maternos de insegurança em decorrência do primeiro contato físico com o filho hospitalizado. No tocante à avaliação de sua prática clínica, esta vem proporcionando melhor desenvolvimento do neonato e uma diminuição do tempo de internação hospitalar.
19	Avaliar a interação mãe-bebê pré-termo e os sinais de desenvolvimento do vínculo afetivo, no ambiente hospitalar.	Estudo epistêmico / Qualitativo.	Os resultados sugerem que é nas trocas do bebê com o cuidador, em sua postura corporal, na modulação da linguagem, no contato visual e em suas expressões faciais que reverberam condutas e respostas nele e em seus pais.
20	Identificar as experiências vivenciadas e os sentimentos expressos pelas mães na primeira visita ao RN internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI).	Estudo descritivo / Qualitativo	Os resultados indicam que os sentimentos expressos mais frequentemente foram medo, culpa, raiva, tristeza e frustração.

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que todos os artigos são de abordagem qualitativa. A prematuridade está referida em 19 (95%) artigos e subentendida no de número 20, por se tratar de uma visita a unidade neonatal. Apenas o estudo de número 17, realizado em alojamento conjunto, não se refere ao recém-nascido prematuro. O vínculo afetivo entre a mãe e o bebê é um tema predominante, discutido em 19 (95%) artigos. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e a Unidade de Cuidados Intermediário Canguru (UCINCA) são cenários comuns ao prematuro e, por essa razão, são assuntos pertinentes de interesse nas pesquisas e aparecem associados com prematuridade.

5.1.2 Discussão

Os estudos analisados nos revelam aspectos de grande relevância para a construção do conhecimento e a compreensão da complexidade do binômio mãe-filho. A mãe, assim como o bebê, faz partidos objetivos para o cuidado, despertando o interesse em seus aspectos emocionais, os quais, muitas vezes, são desconhecidos ou banalizados nas práticas cotidianas das unidades neonatais. As pesquisas também nos mostram que favorecer o encontro entre a mãe e seu bebê é o melhor caminho para a formação do vínculo. Essa prática, várias vezes discutida nesses estudos, parece já inserida na assistência ao prematuro. Para tanto, algumas estratégias, como oferecer à mãe a oportunidade de realizar alguma tarefa no cuidado ou mesmo de tocá-lo, aproxima a genitora do filho e gera o afeto.

De acordo com o artigo de número 1, o parto prematuro é um fator potencialmente traumático, que poderá interferir negativamente no vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, bem como na lactação e, até mesmo, na decisão materna de não ter outros filhos. Segundo o mesmo estudo, para a mãe, o sofrimento psicológico no pós-parto, quando ela enfrenta uma série de dificuldades inesperadas, pode resultar em problemas no desenvolvimento da criança no futuro. Assim, a qualidade da relação precoce entre o binômio mãe-filho é considerada um fator de relevância, em que se agravam ou se amenizam os efeitos do parto prematuro.

Nesse estudo, os autores analisaram as respostas de 60 (sessenta) puérperas cujos filhos nasceram com idade gestacional <37 semanas e com tempo de internação entre 40 a 45 dias. Os aspectos biossociodemográficos foram coletados através de uma ficha elaborada pelas pesquisadoras para facilitar a

caracterização dos dados maternos. Para as variáveis categóricas, foram realizadas entrevistas estruturadas. As perguntas foram relacionadas de acordo com a escala de “Mother-Baby Bonding Scale”, composta por nove itens agrupados em subescalas para avaliar o envolvimento emocional da mãe com o bebê.

Esse estudo foi motivado pela importância das repercussões do parto sobre a saúde da mulher. O conhecimento precoce de transtornos emocionais em puérperas deve ser priorizado, já que o estresse materno é um fator de risco que poderá influenciar negativamente a percepção da mãe sobre seu bebê recém-nascido e poderá trazer danos para ambos no futuro. Para a maioria das mães entrevistadas, o parto prematuro é traumático e resulta em tristeza, especialmente pela internação do bebê na UTIN, por ser uma experiência difícil, causadora de ansiedade, de estresse e, até mesmo, de depressão.

Os aspectos abordados nesse estudo, voltado para a saúde da mulher puérpera, nos revelam a indissolubilidade do binômio mãe-filho. Os sentimentos maternos, a partir do evento do parto prematuro, poderão ser atenuados caso haja uma intervenção precoce que venha a favorecer outras sensações, tais como o toque ou a participação nos cuidados com o filho prematuro. A preocupação com a saúde emocional da mãe deve estar inserida no processo de cuidar do prematuro.

Os artigos de número 2,3,4,6,9 e 20 apresentam a unidade de terapia intensiva neonatal como cenário para as experiências maternas e a formação do vínculo com o filho prematuro. Os seis artigos analisados assemelham-se, pois discutem sobre a necessidade de internamento do bebê prematuro, a sua aparência física e a separação inevitável do bebê com a mãe, o que somam as principais consequências da prematuridade. Esses fatores colaboram para a exacerbação do sofrimento materno. O medo, o estresse e a tristeza são sentimentos comuns para todas as mães que participaram desses seis estudos.

O estudo de número 3 optou em pesquisar mães adolescentes com faixa etária de 14 aos 18 anos. Essa peculiaridade ressalta o risco psicossocial para essas jovens, que, muitas vezes, iniciam uma vida familiar não intencionada; dessa forma, são submetidas a um processo abrupto de amadurecimento.

A separação logo ao nascer, gerada pela internação, pode manifestar sentimentos de fragilidade na mãe. Essa realidade, somada aos aspectos físicos do bebê prematuro, potencializam o sofrimento materno. A impossibilidade de cuidá-lo e tocá-lo causam na mãe profunda tristeza, somada ao medo de perdê-lo. O

ambiente onde o bebê se encontra, a UTIN, é também um fator de agravo para a mãe. A permanência do bebê na UTIN é um período considerado traumático, especialmente para a mãe que, muitas vezes, se sente culpada, o que contribui ainda mais para sua tristeza. A construção do processo de maternidade para essas mulheres mães de prematuro, como nos tem sido apresentada pelos artigos já referidos, se dá de forma inesperada, como uma explosão que desorganiza seus sentimentos.

O artigo de número 5 refere-se à representação materna na gestação, quando ela sonha com um bebê e se depara com o nascimento de outro, bem diferente do que havia criado na sua imaginação, decorrente da prematuridade. O confronto entre o bebê real e o bebê imaginário demonstra a elaboração da perda sofrida pela mãe, favorecendo uma melhor compreensão sobre o luto da perda do bebê irreal, imaginário, para que haja a aceitação do bebê real. De acordo com esse artigo, para a psicanálise, a reestruturação psíquica da mãe é fundamental para a interação mãe-bebê, pois poderá contribuir para o surgimento de uma ferida narcísica, pela quebra desse sonho, com início na gestação, e que não se concretizou em decorrência do nascimento prematuro.

No referido artigo, Fleck e Piccinini (2013) utilizaram como metodologia o estudo de caso coletivo, de caráter longitudinal, para investigar as mães de recém-nascidos pré-termo em três etapas: pós-parto, pré-alta e no 3º mês após a alta do bebê. Para a categorização do estudo foram utilizados dois eixos, sendo um para o bebê imaginário e outro para o real. O primeiro eixo temático trata-se de uma investigação retrospectiva onde foram investigados os aspectos físicos e emocionais, as características do bebê e a maternidade relacionados à gestação. No segundo eixo, foram incluídos os relatos maternos acerca do prematuro, ou seja, o bebê real. Essa pesquisa revelou fatores de risco para o nascimento prematuro nas participantes. Todas elas negligenciaram o cuidado com sua saúde durante a gestação e estavam envolvidas em situações de estresse, referindo irritação, tristeza e angústia. O vínculo afetivo entre a mãe e o bebê pode ser prejudicado pelo aspecto físico do bebê real, sua fragilidade e a hospitalização podem inibir a aproximação da mãe. Muitas vezes essa barreira emocional em relação ao filho e à vinculação com o bebê só se dá no domicílio, após a alta, quando o bebê sobrevive e a mãe passa a investir nessa relação.

A mãe de um bebê prematuro necessita de uma atenção especial por parte da equipe multiprofissional. Ela deve ser acolhida, pode vivenciar seu luto, ter livre acesso ao filho e receber todas as informações sobre ele. Essa é uma forma de favorecer a aproximação mãe-filho. A interação precoce entre a mãe e seu bebê prematuro é uma estratégia para prevenir falhas no desenvolvimento. Essa visão que engloba a díade mãe-filho sem que haja distinção já vem sendo discutida há algum tempo, como nesse estudo de Brum e Schermann (2004), que trata dos vínculos iniciais, e em que fica explícita a importância da figura materna na formação do vínculo e do afeto.

Os artigos que constituíram o corpus desta revisão trataram do nascimento prematuro com ênfase em alguns aspectos, como o vínculo afetivo, que permanecem em discussão nas mais recentes pesquisas. Os assuntos se interpõem e surge uma nova abordagem, como nos revelam sete artigos dentre os selecionados, sendo eles os de número 8, 11, 13, 14, 15, 16 e 18, que embora continuem a tratar da prematuridade, nos apresentam o Método Canguru (MC), prosseguindo com a importância da figura materna como essencial na formação do vínculo.

A implantação desse novo modelo de assistência ao recém-nascido de baixo peso, com ênfase na humanização do cuidado e voltado para outros aspectos do desenvolvimento, ou seja, o psicoafetivo, investe na mãe como benefício para a saúde e a recuperação do prematuro, com vistas às respostas do futuro. Assim sendo, o MC é bastante discutido e segue despertando interesse na comunidade científica. Desde os estudos mais remotos aos atuais, os resultados demonstram grande importância para a melhoria da qualidade da assistência e os registros das pesquisas comprovam sua eficácia, especialmente quando se tratam de experiências maternas.

Dentre os estudos analisados, os de número 8 e 11, datados de 2008, permanecem atuais, uma vez que seus resultados são semelhantes ao de estudo de número 13, realizado em 2016. Assim, os três artigos, 8, 11 e 13, consideram o MC essencial na recuperação do bebê, bem como um benefício para as mães. A comprovação dessa afirmativa se dá através dos registros de satisfação e felicidade referidos pelas mães por estarem juntas aos seus filhos. Dentre os benefícios da utilização do MC, está o fortalecimento do vínculo e a segurança adquirida pela mãe para realizar os cuidados com o bebê.

Outro aspecto que envolve a figura materna foi descrito no estudo de número 15, que faz uma observação relevante com relação aos enfrentamentos maternos. O referido artigo propõe conhecer o sentimento da mãe sobre a experiência do contato pele a pele através da posição canguru. Sabemos que o toque interfere positivamente para a formação do apego e essa é uma afirmativa comum aos estudos relacionados ao MC. Os resultados desse artigo surpreendem, uma vez que suscitam a realidade de muitas mães, que possuem outros filhos, os quais estão em casa. O contato pele a pele impacta na vida da mãe do prematuro, pois requer dessa mãe sua presença, o que representa o abandono de suas atividades cotidianas para acompanhar a internação do filho. Então, além do sentimento de medo já existente, surge a saudade. Apesar disso, a posição canguru está associada à felicidade da puérpera ao se perceber mãe e poder sentir o filho de forma mais completa.

A aproximação da mãe com o filho prematuro promove, dentre outros benefícios, a amamentação, outro aspecto abordado pelos estudos que envolvem o MC. Nos artigos de número 8, 13, 16 e 17, o aleitamento materno exclusivo é descrito como sendo favorecido através da prática do contato pele a pele. Para Spehar e Seidl (2013), autores do artigo de número 16, além de promover o aleitamento materno, o contato pele a pele pode modificar as experiências negativas relacionadas ao parto prematuro e à hospitalização.

Ao longo dessa análise, vêm-se evidenciando elementos que estão intrínsecos ao universo da prematuridade. A mãe está presente em todos os estudos e recebe um enfoque especial. É preciso que haja um olhar diferente, que não perca o foco no bebê, mas também enxergue a mãe na mesma proporção de significados e importância, que nos remeta ao binômio mãe-filho como indissociável e à necessidade de intensificar o conhecimento, com mais ênfase e abrangência, como nos sugerem os autores do artigo de número 14, Oliveira *et. al.* (2014), quando garantem que a mãe é indispensável ao cuidado do bebê. Essa condição de ser útil traz de volta para a mãe seu estado de equilíbrio e apaga as mágoas de um momento traumático, o parto prematuro. Nesse artigo, está explícito o interesse pelo bem-estar da mãe. Entretanto, oferecer-lhe apoio profissional no difícil período em que se encontra fora de casa e com um filho internado não é tudo. É preciso acolher a família, ela é meio de conforto, nesse caso denominada de rede social de apoio e representa um grande avanço na humanização da assistência.

Após o nascimento, ambos, mãe-bebê, devem passar pela experiência de aproximação para que haja o encontro entre os dois. O contato pele a pele auxilia no processo de transição gradual do bebê dentro e fora da barriga, causando estabilidade e conforto, tanto para o bebê quanto para a mãe. Podem ser destacados outros benefícios, tais como: imunológicos, nutricionais, fisiológicos e psicossociais. Essas afirmações partem do artigo de número 17, que difere dos demais estudos em discussão por ter sido realizado com puérperas cujos filhos nasceram de parto normal, que se encontravam na sala de parto ou em alojamento conjunto e que fizeram a experiência do contato pele a pele na primeira hora de vida. Logo, conclui-se que nesse estudo não se inclui o recém-nascido prematuro, entretanto o interesse é mantido por abordar os aspectos maternos e os benefícios do contato pele a pele.

O referido artigo, de número 17, afirma que a prática do contato pele a pele deve se iniciar imediatamente ao nascer, o que, para o recém-nascido prematuro, na maioria das vezes, torna-se inviável. Os autores elencam a importância do contato precoce pele a pele entre mãe e filho ainda em sala de parto.

A importância do papel do profissional é notória, em especial para o enfermeiro, tantas vezes apontado nos estudos e implicado como ferramenta indispensável para promoção do vínculo através de uma assistência voltada para as necessidades maternas, visando a melhoria do cuidado neonatal.

O artigo de número 7 enfatiza a necessidade da valorização da presença da mãe pela equipe da UTIN. Os autores discutem a postura dos profissionais que se empenham em cumprir as normas institucionais da amamentação, enxergando a mãe como apoio para a funcionalidade dessa ação. Nessa perspectiva, a mãe é meramente uma expectadora dos cuidados realizados na UTIN, onde possui livre acesso, entretanto não há um estímulo a sua participação no cuidado com o próprio filho, nem tampouco um olhar mais humano e acolhedor para essa mãe.

A importância do papel do profissional é notória, em especial o enfermeiro, tantas vezes apontado nos estudos e implicado como ferramenta indispensável para promoção do vínculo através de uma assistência voltada para as necessidades maternas, visando a melhoria do cuidado neonatal.

Um novo paradigma para a assistência neonatal, com ênfase na mudança na forma do cuidado, foi preconizado pelo Governo Federal, através da criação do MC, discutido também no artigo de número 10, que trabalhou a subjetividade das

mães a partir das ligações estabelecidas entre a experiência de ser mãe de prematuro, a vivência em unidade neonatal e suas máquinas. Assim sendo, o espaço em que o bebê se encontra poderá interferir no processo de construção da mãe e a territorialização é de fato relevante. Para a mãe, o ambiente hospitalar é capaz de substituí-la. Para as autoras, o MC funciona como elemento de criação de subjetividades. As experiências propostas pela internação do prematuro, na unidade neonatal, podem interferir nos diversos modos de ser mãe.

Para Scortegagna *et. al.* (2005), autores do artigo de número 19, que estuda a interação da mãe com o bebê prematuro e a importância do vínculo afetivo, a mãe desenvolve papel fundamental e sua presença é descrita como terapêutica e psicoprofilática. As manifestações corporais, para os autores, são fundamentais para estabelecer o vínculo. Desse modo, é preciso que sejam introduzidos programas de intervenção na interação mãe-bebê durante a hospitalização do prematuro.

Um registro realizado no artigo de número 12 corrobora com os achados do artigo citado anteriormente. Os prematuros são as principais vítimas do índice de abandono, espancamento e abuso. Além disso, são acometidos da síndrome *failure to thrive*, na qual, sem uma causa orgânica aparente, o bebê nem ganha peso e nem se desenvolve. A separação dos pais, em especial da mãe, em decorrência da hospitalização, pode comprometer o vínculo e o apego. Conclui-se: todos os esforços para promover esse encontro mãe-bebê prematuro devem fazer parte das ações prioritárias na assistência de rotina aos recém-nascidos nas unidades de neonatologia. As mães são integrantes da assistência e devem ser consideradas como prioritária tecnologia de ponta para a excelência do cuidado neonatal.

A seguir serão apresentados os resultados oriundos da compreensão apreendida. Ao categorizarmos as falas extraídas a partir dos discursos das mães que participaram desse estudo, percebemos que em síntese, surgiram duas categorias as quais suscitam todas as expressões referidas durante a etapa das entrevistas. A assistência prestada à mãe no parto pela equipe de saúde e os sentimentos maternos no contato pele a pele com o bebê prematuro elucidam e titulam a experiência materna diante da prematuridade de seu filho, além de favorecer a aproximação com o conjunto singular de ações e decisões assumidas pela mulher no enfrentamento do parto prematuro.

5.2 ASSISTÊNCIA PRESTADA A MÃE NO PARTO PELA EQUIPE DE SAÚDE

A história do parto acompanha a própria humanidade. A incorporação médica nessa prática, antes considerada uma atividade feminina, sofreu mudanças significativas. Com a evolução técnico-científica e a institucionalização do parto, é notória a diminuição dos riscos nas situações difíceis. Entretanto, a mulher, antes protagonista, adota uma postura passiva, apática e temerosa. Para Scartonet al. (2018), ocorreu uma “desumanização” do parto, perceptível desde a mudança do cenário, como também em outros aspectos que se relacionam a esse evento.

O serviço de saúde deve oferecer condições de atendimento imediato, uma vez que gestantes em trabalho de parto implicam em urgência. Para o Ministério da Saúde (MS), a gestação é algo fisiológico, um fenômeno que tanto para a mulher, quanto para os profissionais de saúde, deve ser considerado normal.

O início precoce do pré-natal é essencial para uma assistência adequada. É o período destinado ao acompanhamento do desenvolvimento do ciclo gravídico, ou seja, a preparação da mulher para a chegada do filho. Se faz oportuno realizar as orientações pertinentes às dúvidas referidas pela gestante, promover ações para o cuidado com medidas profiláticas, tratar certas afecções que possam comprometer a saúde do bebê e conseqüentemente despertar na mulher a confiança para o momento do parto.

A Portaria/GM n. 569, de 01 de junho de 2000, instituída pelo Ministério da Saúde, deferiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, baseado nas necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. Essa iniciativa tem por finalidade concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante (BRASIL, 2015).

Neste estudo, os relatos de algumas gestantes apresentam o desconhecimento dos sintomas e sinais de parto os quais supostamente deveriam ser esclarecidos no pré-natal. É o que podemos observar nas falas a seguir:

(M3) - Quando eu cheguei aqui foi que eu fui ter noção do que eu estava passando.

(M9) - [...]já estava era me acostumando a passar mal. Era uma dor de cabeça e ficando inchada, mal-estar direto. Eu só fazia procurar me acalmar, também as pessoas diziam que era assim mesmo, toda gravidez dava isso.

Fica explícito que para essas gestantes não houve nenhuma orientação sobre qualquer alteração de saúde no seu pré-natal. A carência de informações sobre o estado de saúde demonstra a falha na assistência prestada nos postos de saúde das Unidades Básicas de Saúde. A saber, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é o elo entre o usuário e o Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando a referência e a contrarreferência, ou seja, a garantia do atendimento de acordo com a necessidade do usuário.

Nos casos especiais como a prematuridade, o direito a uma vaga para o internamento da gestante e do recém-nascido num hospital de referência deverá ser assegurado (BRASIL, 2013).

A condição de emergência obstétrica fica bem caracterizada na experiência relatada pelas mães, tal como retratam as falas:

(M4) - [...]na ultrassom apresentou a restrição de peso e crescimento dele e foi aí que eu fui encaminhada para cá, com 28 semanas.

(M6) - [...]fiquei um tempo nesse lugar que não lembro, fiquei em observação, aí só sei que fui transferida para cá, para um hospital de referência, para fazer uma cesárea porque eu estava com pré-eclâmpsia.

(M10) – [...]eu estava sem dilatação, o médico me medicou para impedir as contrações [...]eu voltei para casa e retornou. Aí quando retornou as contrações eu já estava com dilatação. Aí eu entendi que ia ser prematuro.

Um aspecto que pode ser observado nestes recortes é a passividade das mulheres que desconhecem muitas vezes providências a serem tomadas, numa atitude alheia. A emergência obstétrica indica uma assistência especializada, tanto para a mãe, quanto para o bebê. A situação de risco poderá contribuir com o sentimento de angústia da mãe que imagina a perda do filho, em razão da prematuridade.

Percebemos a fragilidade do sistema com relação à carência de hospitais que atendem situações mais complexas, como no caso da gestante de risco, pois essa assistência demanda dois leitos, um em obstetrícia e um em neonatologia. Os

hospitais especializados recebem diariamente pacientes de todo o estado, o que acarreta uma grande demanda que acaba por superar a capacidade de leitos previstos, ocasionando a superlotação. Essa constatação é real para as muitas mulheres que ali chegam em busca de atendimento, como nos demonstram essas falas:

(M12) - [...]cheguei aqui, fiquei nervosa, pensei que a minha pressão fosse aumentar, mas a moça verificou, estava normal. Fiquei sentindo muita dor. O médico fez um exame e disse que para mim tinha leito, mas para a criança não ia ter.

(M1) - [...]onde eu moro não tinha o suporte que a neném precisava porque ela ia nascer prematura.

As gestantes em trabalho de parto precisam ser deslocadas das suas cidades em busca de condições favoráveis para o parto. Estes relatos representam uma lacuna considerável, não só pela necessidade de deslocamento, mas também pela desigualdade de oferta de serviços qualificados com a falta de suporte para o nascimento prematuro nas regiões intermunicipais.

A compreensão dos processos assistenciais na atenção ao parto e nascimento representa um grande desafio para os profissionais de saúde, especialmente no caso de prematuridade, que requer maiores e melhores condições para o cuidado. Para uma assistência de qualidade, capaz de suprir as necessidades de um parto prematuro e toda a situação que se cria diante dessa realidade, materiais e métodos são imprescindíveis, como equipamentos e profissionais capacitados. Desde o início, na confirmação da gravidez, é importante um seguimento assistencial progressivo, até o nascimento.

A comunicação é uma ferramenta importante a ser utilizada pelo profissional e pelo usuário. É através da comunicação que se faz possível a compreensão, o que favorece uma relação de confiança entre paciente e equipe. Portanto, a linguagem precisa ser clara, do contrário, torna-se vã. Dentre as ações do cuidado, as orientações estão intrínsecas, precisam ser bem apreendidas. Aproximar a paciente da equipe, otimizar o trabalho e favorecer o entendimento de sua própria situação, seus sinais e sintomas, deveria ser um objetivo do profissional. Percebemos a comunicação ineficaz, pois não há interação entre ambos, paciente e profissional. Uma relação impessoal talvez apenas o cumprimento de uma rotina, tanto que o paciente não consegue identificar o que e nem quem é o profissional ali presente, como nos retrata o relato:

(M2) - [...]ela (profissional da sala de parto) falou pouco e eu nem me lembro o que foi que ela disse.

A preocupação com a mulher gestante já existe há muito tempo. O cientista e cirurgião francês, Michel Odent (1930), estudioso e conhecedor do período primal (que corresponde à vida fetal, o parto e o primeiro ano de vida), introduziu as salas “familiares”, acolhedoras para o parto. Já nessa época, vislumbrava as condições de nascimento, a ambiência e o conforto, relacionados aos elementos importantes para o bem nascer. Portanto, elencou algumas necessidades básicas das mulheres em trabalho de parto, tais como: a luz, a privacidade, a segurança, o silêncio, tentando evitar a linguagem verbal e o estresse, com o objetivo de promover um ambiente harmonioso e propício para o encontro da mãe com o filho. Odent foi o autor pioneiro nos artigos sobre a importância da amamentação na primeira hora após o parto, sobre a teoria do uso de piscinas na hora do parto e sobre a teoria da dor. Ao referir que a socialização do nascimento está relacionada às dificuldades mecânicas e a adaptação da nossa espécie, o autor justifica a necessidade imprescindível de outra pessoa para aparar o bebê no momento do seu nascimento. A procura por companhia se dá pelo medo, pela ansiedade, pela dor e pelo desejo de conformar-se com as normas comportamentais.

Durante esta pesquisa, dialogando com as mães, encontramos situações de desconformidade e descumprimento de leis que vigoram e que têm por objetivo resguardar a integridade física e emocional da gestante no momento do parto, como no caso da presença do acompanhante de sua livre escolha. É um direito da gestante, adquirido pela lei nº11.108 de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2013). Percebemos, com esses depoimentos, a assistência inadequada prestada a mãe:

(M6) - Eu vim com meu marido, mas ele ficou lá fora, não deixaram entrar.

(M12) - [...]não deixaram ele (o marido) entrar. Ele veio comigo na ambulância e ele ficou esperando lá fora, depois ele foi para casa.

Diante desses relatos, fica claro que apesar dos esforços do Ministério da Saúde em promover uma assistência mais humana, com programas que englobam desde a gestação até a infância, ainda há um longo caminho a percorrer. São muitas falhas encontradas nos mais diversos aspectos do cuidado. Há uma fragmentação

na assistência, em certos casos, até um certo descaso ou desinteresse. Percebemos claramente um sistema fragmentado, incompleto, que não consegue suprir todas as necessidades de tantas famílias que estão se formando e que buscam assistência. É comum a peregrinação dessas pessoas, submetidas à sorte. Serão atendidas, mas a que custo? Certamente irão guardar em suas memórias lembranças ruins de um momento tão esperado, como o nascimento do filho.

Nos deparamos com uma situação de extrema insensibilidade, quando a equipe decide tecer comentários indevidos e assim fere a ética e ocasiona um profundo desconforto para a paciente. Ao nos relatar a banalização e a crítica nesse diálogo, a entrevistada não conteve seu pranto. Ali, estávamos mais uma vez, diante de uma mãe fragilizada e vulnerável, que busca alguma forma de se defender da iatrogenia sofrida pela equipe. Neste trecho de sua entrevista, confirma-se a necessidade de humanização:

(M7) - [...]o comentário que eu mais escutava quando eu levava o leite, era que não supria as necessidades dela (bebê). [...] Quase toda a noite quando eu ia entregar e escutava: é só isso? [...]E outras vezes as enfermeiras, com ar de brincadeira, falavam: olha, ela trouxe só isso, e a outra respondia, não ela só traz de litro. E eu, para mudar minha atitude e brincar, também respondia, eu trago logo para o dia todo, mas de toda forma aquilo me fragilizava.

Percebe-se, mais uma vez, que a paciente não consegue distinguir o profissional. Todas são enfermeiras, como ela mesma refere em sua fala. Talvez o uniforme do plantão possa causar na mãe a impressão de que todas são iguais, enfermeiras. Mas, certamente, não houve nenhuma atitude ou comportamento capaz de fazê-la perceber alguma diferença entre as categorias profissionais.

Outra observação importante relacionada à comunicação indevida ou inadequada entre o profissional e a mãe, é que poderá ocasionar problemas no relacionamento futuro entre mãe-filho, uma vez que dificulta a aproximação de ambos. A mulher, ao sentir-se hostilizada, agudiza seu sofrimento. Aquele que ela já vem nutrindo por ocasião do nascimento do filho prematuro, por não ter sido capaz de sustentar a gravidez até o final e por ter que enfrentar o risco de morte para o seu bebê. Mais uma vez enfatizamos a comunicação profissional inadequada, através desta fala:

(M11) - [...] a sua filha é um paciente gravíssimo, é um paciente prematuro, que corre risco[...] infelizmente ela nasceu prematura, agora se você não quisesse que tivesse nascido assim, você não fizesse por onde.

A postura da equipe diante dessas expressões é constrangedora. A culpabilidade expressada nesse diálogo, quando o profissional aponta para a mãe, aumenta nela o sentimento de impotência por não ter conseguido gestar o filho até o final. O fato de ter nascimento prematuro representa um peso para essa mãe que acaba dar à luz a um bebê que inspira muitos cuidados e que poderá não sobreviver. Talvez esse seja também o sentimento dessa “nova mãe”, o risco de se perder do seu próprio sonho de ser mãe. Neste caso, (M11) esperou dezesseis anos por essa criança. Durante todo esse período, casada, desejava ter um filho. Porém, já não nutria mais esse desejo, pois todas as vezes em que procurou ajuda para tentar engravidar, os médicos afirmavam que isso não seria possível devido aos seus problemas de saúde. De repente, eis que nasce o bebê. Mesmo prematuro, não deixa de ser o filho esperado, é nesse momento que se faz necessária a presença do profissional, aquele que poderá promover a cura, renovar a esperança e favorecer a vida.

Para que haja a participação dos pais, especialmente da mãe na UTIN, é preciso o empenho do profissional no sentido de perceber sua fragilidade, de acolhê-los e inseri-los nas rotinas do setor. A UTI, por sua vez, não parece ser um lugar convidativo e de fácil ambientação. Ao contrário, é um local que fragiliza ainda mais as pessoas, especialmente as mães cujos filhos estão vulneráveis, necessitados de assistência especializada por seu estado clínico comprometido. É nesse ambiente de difícil convívio que as mães encontram grandes desafios. Dentre eles, perceber-se provedora de alimento, o leite materno. Não é difícil escutar os profissionais solicitarem que essas mães tragam leite para seus bebês. Esse pedido parece simples e normal, mas para as mães de prematuro, especialmente nos primeiros dias, essa não é uma tarefa fácil. Mais uma vez, as mães, se confrontam com elas mesmas em suas supostas limitações ao se depararem com a dificuldade em produzir e extrair o seu próprio leite. O choro desapontado dessas mães pela incapacidade de produzir o alimento do próprio filho é uma realidade comum nesse lugar, a UTIN. É lá onde são abordadas sem que haja uma valorização ou conforto desse ato fisiológico, normal, mas bastante complexo. Tratar de aleitamento é lidar com sentimentos, com emoção, com medos, com a cultura, com os mitos e a história de vida de cada mulher. Assim, fica claro que uma mulher é bem diferente de uma máquina produtora de leite, como bem nos mostra a seguinte fala:

(M8) - Mandaram eu parar de chorar e mandaram eu ir tirar leite [...].

A presença dos pais, historicamente, foi considerada importante no processo de tratamento do filho, desde a primeira década do século XX, na França. A valorização da presença e do papel da mãe na UTIN junto aos filhos prematuros foi considerada fundamental pela iniciativa do médico francês, pai da neonatologia, Pierre Budin, que apesar de ser obstetra, se interessava pela criança e não apenas pela evolução do parto e pela assistência à mulher. Também foi ele quem idealizou as incubadoras com paredes de vidro para favorecer a visão das mães. Ele permitia a participação dos pais na UTIN, baseado na certeza de que as mães, quando separadas dos filhos ainda muito pequenos, perdiam todo o interesse por eles, simplesmente pelo fato de não poderem cuidá-los (PAIM, 2005).

As condutas e o diálogo entre os profissionais evidenciam a banalização e o deboche com as questões delicadas que afligem a mãe, como a prematuridade, a ausência da família, a internação do filho na UTIN e o aleitamento materno, causando nela profundo desconforto. Essas ações se opõem ao que preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL,2015), para quem são atribuições da equipe de saúde oferecer suporte emocional, estimular aos pais em todos os momentos e encorajar o aleitamento, dentre outras formas de humanização.

5.3 SENTIMENTOS MATERNOS NO CONTATO PELE A PELE COM O BEBÊ PREMATURO

O sentimento materno inspirou muitos cientistas e até hoje desperta o interesse no tema. É um assunto intrigante que há muito tempo retrata as dores e alegrias de mulheres-mães. Apoiado por ações governamentais que buscam uma receita de como lidar com as gestantes, as puérperas e, sobretudo, com as mães. São movimentos criados a nível nacional, baseados nas evidências de que existe uma real necessidade de mudança. No tratamento das questões mais sublimes que permeiam a maternidade, percebemos o despreparo assistencial nas questões relacionadas aos fatores humanos. Assim, as práticas de saúde “desumanizadas” são responsáveis pelo surgimento da Política Nacional de Humanização (PNH), iniciativa do Ministério da Saúde.

A mudança do modelo assistencial e de gestão do parto e nascimento são constituídos por um conjunto de ações de boas práticas a serem desenvolvidas pelas instituições de saúde que tratam das gestantes, bebês e puérperas. Nesse aspecto, a saúde passa a ser vista como uma solução e não mais como um problema. A atenção integral à pessoa e não mais à doença é o modelo assistencial desejável. Volta-se para a unicidade do corpo-mente e alma, onde a ciência e a tecnologia estão a serviço do indivíduo. A gravidez e o nascimento são eventos únicos, repletos de emoções e sentimentos (BRASIL, 2014).

A mulher deve se sentir segura e protegida, entretanto encontramos a falta de suporte emocional nos relatos das mães entrevistadas neste estudo. Seguem as falas:

(M9) - Foi ruim porque eu estava sozinha[...]disseram que eu não podia ficar com acompanhante.

(M8) - [...]o menino não nasceu logo, demorou um pouco e todo mundo saiu e me deixaram sozinha na sala.

Em ambos os relatos, percebemos o sentimento de solidão e de abandono da mãe em seus desabafos. Pode-se imaginar quão difícil é enfrentar uma situação de dor e aflição sem o amparo de pessoas nas quais se confia. O nascimento do bebê representa o momento do encontro, é nessa hora que a mãe, ansiosa por conhecer o filho que espera, desnuda sua curiosidade em saber como ele é, se condiz com o que nutria em sua imaginação. Logo, o nascimento traz grande alegria, mas a realidade de um parto prematuro é muito distante do sonho da mãe. Nesse caso, a insegurança e o medo apropriam-se do sentimento materno, dificultando o tão sonhado encontro. Marchetti e Moreira (2015), em seu estudo, discutem a desconstrução do bebê imaginário frente ao nascimento do filho prematuro, ou seja, o bebê real. O bebê prematuro não se parece com o bebê imaginário, por essa razão, encarar o próprio filho é uma dolorosa realidade para as mães. A aparência física do bebê somado ao ambiente onde ele se encontra, UTIN, agudizam o sofrimento materno, como nos comprovam as frases ditas pelas mães entrevistadas:

(M2) - Dói no nosso coração, deixa meu coração partido.

(M5) - Fiquei muito preocupada. Queria saber as coisas. Fiquei assustada, por que aquele capacete? Fiquei tão nervosa que a pressão subiu. Eu tive medo, muito medo[...]

(M11) - [...] eu não queria mais ir visitar. [...] estavam me chamando lá de onde estava minha filha. Aí eu fiquei logo nervosa, aí meu Deus do céu, minha filha faleceu, minha filha piorou. [...] eu fiquei tão nervosa, aí eu não fui mais visitar não, porque eu já não estava me sentindo bem.

A sensação de sofrimento referida por essas mães ao se deparar com seus bebês prematuros na UTIN está fortemente registrada nesses recortes:

(M5) - [...] aquele lugar é terrível, para todos os lugares que a gente olha tem uma criança sofrendo.

(M13) - Aquele lugar é assustador. Toda vez que um bicho daquele alarmava eu me assustava, a impressão que dá é que a qualquer momento alguém vai morrer. [...]eu estava muito assustada, não tinha condições de fazer nada ali. Eu saí logo.

(M15) - O medo, se ele ia sair de lá ou não, porque a gente escuta vários casos, não tem como não ter medo. Até porque uma UTI é uma UTI, quer dizer que não está tudo bem. Mas aí eu fui me conformando e só Deus, até hoje.

Os sentimentos apreendidos através das mães que estão vivenciando a hospitalização dos seus filhos culminam com o sofrimento. O nervosismo e o medo da morte, ocasionados pelo ambiente da UTIN, por seu aparato tecnológico, aterrorizam as mães. Para elas, de acordo com Costa (2010), a UTI é um local onde há risco de morte, a UTI é lugar de paciente grave, e é lá que está seu filho. Nesse universo à parte, a UTIN, tudo é assustador, mesmo as coisas mais simples e menos invasivas. A impressão sobre o ambiente no qual os bebês estão internados, a UTIN, somada à condição de observadora à qual lhe é imposta, faz com que a mãe se sinta impotente, incapaz de realizar seu papel de mãe. É o que confirma este trecho da entrevista, quando a mãe expressa o seu sentimento de impotência:

(M2) - Eu queria tirar ela de lá. Eu queria ter a força...sei lá. Eu queria ser Deus naquela hora.

O desespero dessa mãe está estampado em sua voz, em seu desejo. A intenção é ter todo o poder apenas para ser capaz de segurar o filho e tê-lo consigo. O impacto da prematuridade parece desabilitar a mãe de seu próprio papel.

O prematuro chama atenção por ser franzino e a mãe ao deparar-se com um bebê tão pequeno, sofre com o impacto de sua aparência física:

(M1) - [...]era tão pequenininha[...] A gente fica até com medo de ter outro[...]

(M6) - Quando eu vi de verdade, fiquei emocionada olhando para a criança, porque no parto não vi a criança. Eu só pensava:Valha, meu Deus, é muito pequenininho.

Os traumas relacionados à prematuridade poderão interferir profundamente na vida da mulher e especialmente do recém-nascido, segundo o psicanalista e autodidata Otto Rank, que em 1924 publicou sobre o trauma do nascimento, citado por Esteca (2012). A obra de Rank se refere à angústia pelo estado de separação da mãe sofrido pelo bebê. Silva (2006), em contrapartida, afirma que para a mãe também amarga seus conflitos, especialmente nos casos de nascimento antecipado, quando a onipotência materna por ter um filho saudável é frustrada.

O confronto com a realidade altera as expectativas para o futuro e poderá influenciar de forma negativa na hipótese de uma nova gravidez. A antecipação do parto leva a mãe ao enfrentamento de uma experiência nada fácil, pois se trata de um evento novo e inesperado que envolve situações negativas. É preciso que ela, a mãe, tenha uma competência emocional capaz de suportar as adversidades que são próprias da condição do parto prematuro. Será preciso aprender a conviver com o desconhecido, bem como lidar com os profissionais e o ambiente hospitalar, inevitáveis nesse momento. Assim, é preciso oferecer subsídios para as demandas emocionais dessa mulher, tornando-a capaz de exercer plenamente seu papel de mãe. Costenaro (2001) definiu o ato de cuidar como estar lado a lado, respeitar e valorizar a subjetividade. É preciso, portanto, conhecer as necessidades individuais de cada pessoa a ser cuidada, também há de haver o respeito, a empatia, a ética e a dedicação, além do domínio técnico-científico. Percebe-se, através dos registros das mães, a ausência do amparo próprio do cuidado referido:

(M3) - Eu queria poder fazer mais[...]não sei se por medo ou falta de informação. Mas eu fiquei mais só com medo mesmo.

(M5) - [...]sempre tem mãe preocupada falando essas mesmas coisas, aonde tem as mães dos bebês tem esses assuntos. E quando tem algum que piora, parece que piora todo mundo. Só pode é dar medo mesmo.

(M6) - Tudo é novo. É meu primeiro filho e tudo é muito delicado, uma série de cuidados. Não sei como vou cuidar dele. Não tenho mais mãe para me ajudar.

O medo, a insegurança e a fragilidade se repetem e são facilmente apreendidos nos discursos. Há uma relação entre os sentimentos apesar da singularidade de cada uma, mas ao mesmo tempo ocorre uma espécie de unificação dos sentimentos. A sensação de incapacidade pela falta de informação, o desconhecido, a sensação de solidão por não ter mais a presença da genitora para lhe ajudar a ser mãe também e os rumores que surgem das experiências das demais só agregam a onda de negatividade experimentada pelas mães.

A conduta antecipatória, sugerida por Silva (2015), compreende o aprendizado emocional, ou seja, uma técnica utilizada para repassar as informações objetivas com o intuito de atender às necessidades emocionais e individuais de cada uma das mães. É uma forma terapêutica de prevenir o sofrimento tantas vezes retratado nesse estudo. O MS descreve a humanização como um caminho avassalador a ser seguido pelos profissionais de saúde. As condutas saudáveis referentes às boas práticas, preconizadas pela Rede Cegonha, deverão ser utilizadas para garantir desde os direitos à saúde reprodutiva até o nascimento e o desenvolvimento do bebê (BRASIL, 2015).

Para muitas mulheres, o desejo em ser mãe é muito importante, faz parte dos seus objetivos de vida. Embora haja uma discrepância entre o bebê real e o bebê dos sonhos, encontramos em algumas entrevistas um sentimento de alegria referente ao fato da certificação da maternidade, como nesse trecho:

(M5) - Você não calcula o tanto que eu esperei para ter esse nome de mãe. Ela é minha realização. Eu quero ela de todo jeito.

Para essa entrevistada, o fato de o bebê ter nascido prematuro, pequenino e frágil, não interferiu na sua realização e na alegria por ter finalmente recebido o título de mãe.

Ao longo do tempo, as mães se acostumam com a rotina hospitalar, acompanham a evolução do bebê e passam a perceber as chances de sobrevivência do filho. A felicidade ganha espaço em seus corações, como podemos confirmar nestas partes das entrevistas:

(M6) - Eu fico muito emocionada porque ele é bem espertinho. Ele era gravíssimo e hoje está estável. É muito gratificante, é só benção.

(M8) – Ai, foi bom demais!!! Você pegar num serzinho que você só pegou naquela hora que jogaram em cima de você. Aí ele pegar e fechar a mãozinha no meu dedo. Ai, é muito bom isso. Meu coração só faltou sair pela boca.

Despertar a observação da mãe para as qualidades do bebê, mudar seu foco de atenção, apresentar o bebê como um herói que luta bravamente para sobreviver, proporciona na mãe um certo orgulho. Ao valorizar as atitudes do bebê, como nesse caso em que ele segura o dedo da mãe, transforma a dor em esperança. Ela começa a acreditar que tudo vai dar certo, o bebê poderá sobreviver, então ela passa a investir nele.

A aproximação da mãe com o bebê é fundamental para ambos. Aos profissionais que lidam com o binômio mãe-bebê, em especial, cabe incitar esse encontro. Dentre as estratégias utilizadas para humanizar a assistência perinatal, o Método Canguru é um forte aliado da Rede Cegonha (BRASIL, 2013). Investir no acolhimento das mães e promover a aproximação entre mãe-bebê é fundamental para a formação do vínculo afetivo. Essa afirmação pode ser comprovada com as seguintes falas:

(M2) - Eu me senti realizada[...]conversei foi muito com ela, disse que a mãezinha estava muito orgulhosa dela[...]ela me conhece, ela se acalma quando me escuta.

(M6) - Depois que eu peguei nele, comecei a me interessar mais por ele.

(M9) - [...]eu não queria mais me separar dela. É bom demais, é a melhor coisa.

(M13) - Eu já amava ela, desde que eu fiquei grávida eu já amava ela, mas eu pensei que eu ia amar como eu amava a minha mãe, o meu pai, a minha irmã, o meu marido. Eu nunca pensei que pudesse existir um amor como esse. Eu nunca senti esse amor por ninguém. Não dá para comparar. Eu nunca imaginei que seria assim.

As mães reafirmam os pensamentos dos estudiosos no que diz respeito ao sentimento a partir da experiência do encontro e do toque com seu bebê. Elas, as mães, passam a reconhecer as potencialidades do bebê, referem orgulho do filho ao observar suas atitudes ou alguma melhora, como está expresso em uma das falas citadas. A aproximação da mãe com o filho contribui para a aceitação do bebê real. A mãe passa a aceitar e a nutrir um sentimento de amor incomparável pelo filho.

O fortalecimento do vínculo promove o crescimento e desenvolvimento do bebê (BRASIL, 2015). Com a mãe, o bebê inicia a criação dos espaços internos e externos, proporcionando alívio e segurança, o que favorece a substituição dos

sentimentos aversivos das experiências do abandono. O toque é a forma mais simples para essa troca. A mãe submetida a essa experiência, de tocar o bebê, consegue perceber instantaneamente uma mudança tanto em si própria, como também nele:

(M1) - Me senti animada, feliz por ter tocado na minha filha.

(M6) - Fiquei muito emocionada quando toquei nele. Meu coração acelerou de tanta emoção. Eu entendi que deveria pegar nele mais firme e das outras vezes eu peguei na mão dele bem firme. Eu, agora, converso com ele, dou o leite e espero ele dormir.

(M11) - Eu fico achando é bonito as coisas que ela faz. Eu canto o hino para ela, ela fica bem paradinha olhando para mim.

Tocar o bebê de alguma forma parece quebrar as barreiras impostas pela internação que distanciam a mãe do filho. O medo de transpor a incubadora aos poucos é superado e surge a felicidade em poder acariciá-lo.

O Método Canguru tem como diretriz a formação do vínculo, que se dá através do toque de forma precoce. Quanto mais cedo a mãe se aproxima do bebê e é encorajada a tocá-lo, mais cedo ocorre o apego. O toque é fundamental para ambos, o bebê sente-se protegido e apoiado ao perceber o toque materno. De acordo com o MS (BRASIL, 2015), isso pode ser crescente e evoluir até a posição canguru. Dessa forma, algumas mães referem o prazer e a emoção de ter o filho bem próximo, como na posição canguru:

(M4) - Aqui (UCINCa) a gente consegue suprir um pouco da dor que a gente tem. É como o animal, o animal canguru protege seu filho de tudo.

(M6) -A posição canguru é maravilhosa, se eu pudesse ficava o tempo todo. É muito emocionante, é coração com coração[...]eu fico muito emocionada porque ele é bem espertinho. Ele era gravíssimo e hoje está estável. É muito gratificante, é só benção.

(M7) - [...]fiquei uma hora com minha filha no colo, senti o cheiro dela, cheirei a cabecinha dela e ela me cheirou também, foi muito bom. Cantei para ela, cantei a música que eu cantava quando ela estava na barriga. [...]A questão do contato com ela me favorece e eu sei que favorece a ela.

(M8) - Eu chorei tanto. Foi a melhor sensação. Ele começou a passar a mão em mim, apertando, como se tivesse me sentindo. A gente sente a diferença do jeito que ele pega a gente, ele sente a gente. A cabeça, o gemido [...], ele geme, parece de prazer[...]foi maravilhoso, foi uma hora. É o momento que você sente o seu filho, que saiu de dentro de você e que você não pode tocar. Ele estava num vidro, olhando ele, só adorando, não podia pegar. E ele pode te tocar, te pegar.

(M13) - [...]foi uma explosão de amor. Eu criei forças para enfrentar aquela dificuldade.

A experiência da posição canguru para estas mães que enfrentam a hospitalização dos filhos prematuros é um momento de grande felicidade. As falas são a comprovação disso. Em todas as entrevistas foi possível perceber a emoção brotar de cada mãe em lágrimas e sorrisos. O contato pele a pele, para todas elas, foi prazeroso. Nesse aspecto, percebemos a visão materna sobre si mesma, sua satisfação e alegria, bem como sobre o comportamento do seu bebê. O vínculo é nitidamente explícito, além disso, o aleitamento materno é sutilmente referido por algumas mães ao serem questionadas sobre a experiência da posição canguru:

(M6) - Foi muito engraçado quando botou ele na posição canguru pela primeira vez porque ele ficou com a boquinha procurando o peito[...]quando fui tirar o leite na parte da tarde saiu mais leite.

(M15) - Eu percebi que depois disso ele começou a melhorar, a ganhar peso. Eu acho que ele fica protegido, claro que ele está tomando vitaminas e isso ajuda, mas com certeza ele melhorou e está melhorando mais ainda, até por conta do leite.

Diante do que a própria mãe sente ou passa a sentir, comprova-se a eficácia da posição canguru e de seus benefícios na promoção do aleitamento, no vínculo e em tantos outros aspectos já discutidos, parafraseando Sampaio (2016), que nos diz: “O contato pele a pele precoce entre mãe e bebê apresenta-se como um procedimento seguro, barato e de comprovados benefícios no curto e no longo prazo, para as mães e as crianças.” Logo, compreendemos que é imprescindível volver o olhar para as práticas simples, como o contato pele a pele, que constituem a complexidade do desenvolvimento no futuro.

Ao refletir sobre o crescimento e o desenvolvimento do bebê, naturalmente relacionamos a nutrição, especialmente para os bebês de baixo peso, como os prematuros. Habitualmente, relacionamos a mãe como provedora dessa tarefa, nutrir o bebê. Para Esteca (2016), estudioso da teoria Winnicottiana, os bebês vivem um estado de dependência absoluta e necessitam de um ambiente capaz de atender a todas as suas necessidades, esse ambiente é a mãe e sua “função materna primária”. A presença de um adulto, mesmo que realize as tarefas da mãe, poderá produzir falhas na função materna, o que ocasionará dificuldades no desenvolvimento futuro. O mesmo autor cita Melanie Klein, psicanalista e uma das pioneiras na análise de crianças, para quem a relação mãe-bebê se dá mais

especificamente entre o bebê e o seio materno. Assim, a figura materna torna-se primordial para o bebê, sendo impossível substituí-la.

Dentre as funções específicas da mãe, o aleitamento materno destaca-se por ser intransferível, pois somente ela deverá realizar essa tarefa. O ato de amamentar foi dito pelos portugueses colonizadores como impróprio para o homem civilizado. Na história dá-se início a um processo anti-amamentação com a quebra da cultura indígena, na qual amamentar permanece instintivo e natural (FREIPE, 1978). Os índios cultivam seus costumes, a civilização europeia imposta não conseguiu deliberar seus valores, entretanto, os traços da civilização e seu legado ainda interferem na sociedade atual. Cada vez mais essa prática deixa de ser algo fisiológico e prazeroso, para ser institucionalizada com o uso frequente de aparatos tecnicistas e artefatos.

Dentre as situações que dificultam ou atrapalham a amamentação, a separação do bebê é um fator notório a ser considerado. A emoção, de caráter bom ou ruim, também poderá contribuir positiva ou negativamente. Para estas mães a amamentação torna-se mais distante devido a esses fatores e também a outros que vão surgindo ao longo da hospitalização:

(M2) - [...]eu via as mãezinhas veteranas tirar bastante leite e o meu saía só aquele pouquinho[...]

(M4) - A vontade de amamentar, eu acho que é fundamental[...]eu sempre quis, o meu sonho é botar meu filho no meu peito. Eu não vejo a hora de estar aqui com as mulheres (equipe de profissionais da UCINCa) me acordando, para eu dar de mamar ao meu filho.

(M6) - Antes eu não conseguia tirar (leite materno) quase nada[...] a médica disse que ele poderia começar a comer, desde esse dia eu venho tentando tirar.

(M7) - A questão do aleitamento ainda me frustra. Eu me sinto ainda um pouco incapaz, apesar de saber que todas as mulheres conseguem. [...] eu sempre busquei dar o melhor, fazer o máximo e eu conseguia os resultados que eu almejava, isso parece que está além do meu esforço, requer mais paciência, então estou tentando, estou esperando. [...] minha avó também amamentou todos os filhos e eu sei disso e eu desejava, não só pela questão de nutrir minha filha, mas de ter o vínculo.

(M12) - [...]eu me sinto feliz de estar com ela, aí quando eu vou tirar o leite eu não sinto dificuldade nenhuma. Mas ontem eu fiquei triste porque a moça derramou o leite dela sem querer e a noite eu quase não consegui tirar.

(M15) - A única coisa que elas (equipe da UTIN) me falaram foi que eu tinha que dar um jeito de trazer leite porque ele precisava se alimentar. Até então nos primeiros dias eu nem conseguia tirar, mas aí, eu sabia da importância, mas não sabia que era tão importante.

A vontade, o desejo de amamentar o seu bebê pode ser favorável, mas muitas vezes não é o suficiente. A convivência com essa realidade quase imposta pela equipe de saúde de “ter que ter leite, ter que tirar o leite”, acaba por pressionar a mãe, que muitas vezes já se sente na obrigação de trazer o alimento prescrito, uma vez que chegou a hora do bebê poder se alimentar. Essa imposição certamente contribui para o estresse materno e, portanto, negativa a sua produção de leite. Chama atenção o fato da história familiar, os costumes sociais vividos por cada mãe. Como o caso da mãe que nos revela ansiosa e frustrada por não conseguir realizar um ato que faz parte da sua cultura familiar, quando diz que sua avó amamentou seus pais e assim a amamentação é um rito de valor intrínseco em suas raízes. O sentimento de frustração referido pela mãe, está relacionado à falta de apoio e de informações pertinentes. De acordo com Santos (2014), é preciso promover o seu empoderamento, ou seja, desenvolver sua autoconfiança, assim superar seus anseios e conflitos, tornando-a ciente de sua capacidade.

As situações descritas nesses recortes confirmam e corroboram a carência de rotinas destinadas às causas humanas dessas mulheres, mães de bebês prematuros. As práticas do cuidado voltam-se unicamente para a magnitude da ciência tecnológica, aquela capaz de superar as dificuldades do ato de nascer prematuramente, ou seja, oferecer suporte para manter vivo o corpo franzino do bebê recém-nascido. A emoção e a angústia referidas pelas mães em seus depoimentos são comoventes, especialmente ao exaltar o abandono e o sofrimento pelo descaso de suas dores. O modelo biomédico ainda necessita de ajustes para realizar uma assistência integral. Entretanto, a ciência evolui ao desvelar outros saberes, capazes de refletir outros aspectos inerentes ao humano. Não há mais como separar o corpo da mente, ambos hão de crescer e desenvolver em plena harmonia. Aos que se dedicam a essa arte, a neonatologia, urge a compreensão de que o futuro é a resposta para a assistência de hoje. Os atos de agora sempre terão reflexo no amanhã, com a existência das crianças que sobreviveram ao parto prematuro e as condições que lhes foram dadas. Corpo e alma necessitam de nutrição, essa é a compreensão necessária para os profissionais que realizam o cuidado neonatal. Portanto, fica claro que somente a mãe é capaz de prover as carências nutritivas e emocionais para o pleno desenvolvimento do seu bebê.

6 COMPREENSÃO DO ESTUDO

Ao refletirmos sobre a história de cada mulher que se tornou mãe na instituição que foi cenário da pesquisa, ao considerarmos a história de vida e todas as experiências referidas e retratadas neste estudo, compreendemos que as duas categorias que emergiram durante o processo de análise, ambas caracterizam uma lacuna na assistência. Ao iniciar o pré-natal, perpassando pela internação obstétrica, até finalmente o encontro com o filho prematuro na UTIN, nos deparamos com um período de profundo desgaste e sofrimento vivido por essas mães.

A compreensão da necessidade de assistência e cuidado de cada mulher gestante, usuária do sistema de saúde, em muitos casos só foi percebido ao chegar ao hospital terciário, como elas mesmas relataram. Muitas foram as dificuldades encontradas até que chegassem ao local de atendimento, mas, ainda assim, não cessou seu sofrimento. As gestantes são submetidas aos profissionais e seus procedimentos, aos quais essas mulheres demonstram completa apatia. A humanização, por sua vez, é muito discutida na área médica, porém ainda despercebida por grande parte da população de profissionais que integram o quadro de funcionários da instituição em seus diversos setores.

A experiência desenvolvida por essas mães de bebês prematuros internados na UTIN é extremamente dolorosa. A dificuldade de adentrar aquele ambiente inóspito e se perceber como parte dele, uma vez que seu filho está ali, certamente foi de grande impacto para essas mães. Outro aspecto de notoriedade foi o descaso com a sua presença, sua dor e seu pranto, por parte de quem desempenha o papel de cuidador. As mães sofrem caladas, se angustiaram ao se depararem com seus bebês pequeninos, cheios de aparatos tecnológicos que, para elas, funcionam como objetos assustadores. A falta de comunicação ou a falta de qualidade na comunicação também é uma grande falha na assistência perceptível nesse ambiente, a UTIN, tão distante da realidade dessas mães e que culmina com a angústia e o sofrimento em ter que conviver com essa situação, por um período indeterminado.

Os aspectos emocionais observados a partir do diálogo oportunizado pelas entrevistas nos levam a refletir quão necessário é a empatia e a acolhida para essas pacientes, intituladas mães de prematuro. É uma experiência nova, inesperada e regada de emoções negativas, que surpreendem a mulher e

desestruturam a sua rotina e a de sua família. O medo de perder o bebê que nasceu antes do tempo logo requer uma série de cuidados especiais, é uma característica comum que nivela as mães, deixando-as na mesma condição, da mais nova à mais experiente, da mais ignorante à mais capacitada, da mais socializada à mais introvertida. Enfim, a singularidade de cada mulher e todas as peculiaridades que as tornam ímpar são condensadas pelo sentimento maior do “ser mãe”, tornando-as uma só e iguais.

O medo inicial, referente ao bebê e a sua fragilidade, é superado à medida que elas, as mães, passam a conviver com a rotina do filho prematuro, acompanhando sua evolução diária. Esse medo aos poucos vai se dissolvendo e se transformando. Ele prossegue e acompanha a mãe por um longo período, não se dissocia da perda, ou seja, a morte do bebê, e se configura na incapacidade materna em cuidar do próprio filho; a insegurança se instala e cada vez mais ocorre o distanciamento físico entre a mãe e o bebê. O toque, tantas vezes referido como imprescindível para ambos, torna-se superficial e raramente acontece. O fato de o bebê ficar guardado numa caixa de acrílico, a incubadora, castra a liberdade da mãe em poder segurar o filho, ainda mais, quando os bebês são mantidos sob vigilância contínua por suas “donas”, a equipe de cuidadoras, que muitas vezes determina o horário ideal para esse contato e proíbe as mães de tocá-los, alegando que é o melhor para eles.

As mães de bebês prematuros encontram seus nomes estampados em placas informativas na UTIN, o que funciona como um guia sinalizador para as mães encontrarem seus bebês, bem como para a equipe do serviço identificar a mulher responsável em prover o leite materno, isso quando a dieta do bebê está liberada para ser ofertada. Nesse caso, sempre que a dieta está prescrita, a mãe é intimada a trazer o leite na quantidade solicitada nos registros da prescrição médica; para tanto, a mãe, é convocada a apresentar-se no Banco de Leite do hospital para que realize a extração manual e retorne no horário da dieta do bebê. Ao desvelarem suas histórias, as que se passaram nesse ambiente hostil da UTIN, a emoção e a frustração vieram à tona, a fragilidade demonstrada por lágrimas permearam os registros guardados na memória; são momentos de profunda dor.

Dentre os aspectos mais relevantes apreendidos neste estudo, a maternagem e o aleitamento materno surpreenderam e superaram todas as expectativas dos resultados. Ao serem encorajadas a tocar seus filhos, ao encontro

com o bebê pele a pele, as mães foram movidas pelo mais sublime sentimento, o amor. Esse amor foi descrito por elas como algo imensurável. Foi com eles, seus bebês, que elas conseguiram forças para enfrentar tantas adversidades e o laço decorrente do afeto foi reforçado ao se perceberem mães, embora de bebês prematuros e diferentes dos bebês sonhados. Como elas mesmas falaram, nada mais importava, era como se os bebês nascessem ali, naquele momento, pele a pele, coração com coração.

A percepção das mães sobre esse encontro, sobre a formação do vínculo, aconteceu quando elas se depararam realmente com seus pequenos bebês e perceberam o quanto eram fortes e o quanto eles precisavam delas e vice-versa. Parece magia, milagre, a emoção de ouvir esses relatos regados da mais profunda sensibilidade, perceber o sorriso que brota de rostos antes sofridos, de quem há pouco chorava suas dores e mágoas. É indescritível presenciar a esperança das mães ao segurarem seus filhos, essa alegria estampada na forma de leite materno. A tecnologia mais complexa se perde diante da presença das mães. Os bebês, embora prematuros, são capazes de plena recuperação. A segurança, o conforto e a nutrição compõem um complexo aparato constituído pela mãe. Logo, sua presença junto ao filho parece insubstituível.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos que nasce uma mãe quando nasce um filho. Em busca do bebê esperado, neste caso os bebês prematuros, da gestação ao momento de levá-los para casa, há um longo caminho a ser percorrido por essas mulheres, as novas mães. Durante todo esse árduo percurso, elas se depararam com grandes dificuldades de enfrentamento. Nesse período elas vivenciam o conflito entre o medo e a esperança, decorrentes do risco iminente de perder seu filho. Há também o pensamento de que são incapazes, pois não conseguiram sustentar a gravidez até o final. Essa culpa pode ser mais intensa, quando elas não conseguem prover o alimento que irá nutrir o bebê, o leite materno. Na UTIN experienciam uma difícil fase de suas vidas. A solidão permeia todo o seu caminho, embora elas cruzem diariamente com um grande número de pessoas. A necessidade de ser acolhida por alguém que lhe traga conforto é rara, uma vez que o ambiente da UTIN não permite a presença de acompanhante.

Ao refletirmos sobre a díade mãe-bebê, percebemos uma secção que extrapola o evento do nascimento prematuro. Não se percebe a preocupação em agregar novamente esse par. Para cada um, mãe e bebê, existe um tratamento específico, composto por grandes equipes de especialistas.

Os movimentos humanísticos que surgem a favor desse encontro parecem desconhecidos ou despercebidos. A humanização faz parte das estratégias discutidas a nível nacional e propostas para todas as categorias profissionais das mais diversas áreas de abrangência em saúde.

A Neonatologia, uma ciência relativamente nova, porém de grandes avanços tecnológicos, vem evoluindo notoriamente, tanto que cada vez mais bebês muito pequenos, de muito baixo peso ao nascer, conseguem superar os riscos da prematuridade e sobrevivem. As condições do manejo clínico foram favorecidas pela agregação de novas áreas, com a formação de equipes multidisciplinares e o desenvolvimento do aparato tecnológico, que colaboram para uma assistência mais adequada. Porém, o fato de estar vivo, de sobreviver aos riscos inerentes a sua condição de nascimento, não qualificam essa assistência inicial e especializada. Há de se realizar um cuidado capaz de promover o pleno desenvolvimento desse novo ser. Logo, as mães deverão fazer parte deste universo; na Neonatologia, entretanto, não se percebe a preocupação efetiva dessa equipe para o fortalecimento dessa

mulher, cujo filho encontra-se sob seu domínio. Elas, as mães, surgem amparadas por sua própria força, energia e determinação. Nascerem pela necessidade de deixar-se nascer, ao sentir que de alguma forma terão que assumir seu bebê. Não são acolhidas e nem preparadas pela equipe para sustentar seu título de mãe.

Nessa perspectiva, compreendemos a importância do papel do profissional para a promoção do conforto e segurança das mães, bem como o equilíbrio emocional do bebê, mantendo em harmonia os aspectos subjetivos de ambos. O Método Canguru faz parte das ações que propiciam melhores condições para o desenvolvimento do bebê. A participação da mãe é imprescindível. Sem ela é impossível a realização das três etapas preconizadas pelo Método Canguru. O fortalecimento da primeira etapa representa um grande desafio para os profissionais. Promover o vínculo e o empoderamento materno é prática que precisa ser efetivada. Assim, compreendemos a necessidade de uma sensibilização que aborde os aspectos encontrados neste estudo e que representam falhas na assistência prestada pela equipe de profissionais que atuam na instituição, cenário da pesquisa. Como produto final deste estudo, sugerimos a realização de uma oficina de sensibilização voltada para a equipe multidisciplinar. Acreditamos que esta tecnologia é a ferramenta ideal capaz de proporcionar a compreensão da importância do papel de cada profissional que lida diariamente com esses bebês. Concomitante a isso, a presença das mães na UTIN passará também a ser alvo do cuidado. Ancorando os conhecimentos inerentes ao desenvolvimento do recém-nascido, a mãe assumirá então, seu papel. O desabrochar de sua maternidade será amparado pelo desempenho do profissional. Assim, o cuidado será ampliado e contemplará o binômio mãe-bebê.

Consideramos esta pesquisa de grande relevância, embora outros autores já houvessem discutido amplamente sobre o tema. Foi impactante a oportunidade de partilhar das emoções mais sublimes de cada mãe, de proporcionar alívio e esperança através do encontro verdadeiro com seus filhos, no contato pele a pele. Certamente esta experiência aflorou um sentimento de luta e determinação para que outras mães, quiçá, todas as mães, possam ser tratadas com a sensibilidade e o apoio de que precisam para que não sofram mais com a dor do abandono pela negligência ao cuidado. Gostaríamos de registrar o sentimento de gratidão por cada mãe que gentilmente se prontificou a oferecer o material mais sublime desse estudo: elas mesmas. Salientamos que no decorrer da pesquisa

emergiram aspectos importantes que necessitam de uma maior e melhor atenção, estas limitações poderão servir de incentivo para novas pesquisas; afinal, de acordo com o Ministério da Saúde, no mundo nascem mais de 20 milhões de recém-nascidos prematuros por ano (BRASIL, 2013). Esse dado nos leva a concluir que o assunto é fonte inesgotável de pesquisa, pois, cada vez que nasce um bebê, com ele nasce também uma mãe.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. Z. Depressão: a dor da alma de quem se perdeu de si mesmo. **Revista Junguiana**, v. 25, p. 19-25, 2007.

ARAÚJO, B. B. M. de; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S. T. A. A promoção do cuidado materno ao neonato prematuro: a perspectiva da educação problematizadora em saúde. **Rev Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, p. 128 -31, jan./fev. 2015.

BARBOSA, I. B. S. A importância do vínculo mãe-bebê no processo de desenvolvimento de uma criança. **Psic. Artigos**, set. 2015. Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-clinica/a-importancia-do-vinculo-mae-bebe-no-processo-de-desenvolvimento-de-uma-crianca>>. Acesso em: 25 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 274 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade 2. ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso:método canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.(Série A. Normas e manuais técnicos)

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança, Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RH9kRG2yLI8J:pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/%3Fq%3Ddb:%2522EPUB%2522+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em 18 jun. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 247p.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

BARTOLINI, M.; PICCININI, C. A. Transmissão intergestacional do apego seguro: evidências a partir de dois casos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 20, n.2, p. 247-259, abr./jun. 2015.

BOWLBY, J. **Apego e perda**. Apego: a natureza do vínculo. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Aplicações clínicas da teoria do apego**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BUDIN, P. Les consultations de nourrissons. **Annales de Medicine et Chirurgie Infantiles**. 2015. Disponível em: <<http://www.seneonatal.es/seneonatal/SENFra2.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

CAMARGO JR, K. R.; BOSI, M. L. M. Metodologia qualitativa e pesquisa em saúde coletiva, **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1187-1190, 2011.

CARTAXO, L. S. et al. Vivência das mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 551-557, jul./ago. 2014.

CARVALHO, M. M. S. B. et al. Emoções de mães de bebês prematuros: a perspectiva de profissionais de saúde. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 4, n. 2, p. 80-87, jul./dez. 2011.

CIPOLOTTI, R. et al. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 2, p. 171-177, 2014.

COSTA, M. C. G.; ARANTES, M.Q.; BRITO, M. D. C. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 4, p. 698-704, out./dez. 2010.

COSTERANO, R. G. S. **Ambiente terapêutico de cuidado ao recém-nascido internado em UTI neonatal**. Florianópolis, SC: Centro Universitário, 2001.

- COUTINHO, S. E.; KAISER, D. E. Visão da enfermagem sobre o aleitamento materno em uma unidade de internação neonatal: relato de experiência. **Bol. Cient. Pediatr.**, Rio Grande do Sul, v. 4, n. 1, p. 10-16, 2015.
- CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa de enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. **Rev. Gaúch. Enferm.**, v. 33, n. 2, p. 8-9, 2012.
- CUSTÓDIO, Z. A. O.; CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo biológico do desenvolvimento humano. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 31, n. 2, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2014000200010>>. Acesso em: 27 out. 2016.
- DEUTSCH, A. D'A.; RABELLO, C. M. **Os riscos da prematuridade**. Disponível em: <<http://www.einstein.br/einstein-saude/em-dia-com-a-saude>>. Acesso em: 5 out. 2014.
- DORNAUS, M. F. P. S. **Os riscos da prematuridade**. Disponível em: <<http://www.einstein.br/einstein-saude/em-dia-com-a-saude>>. Acesso em: 5 out. 2014.
- ESTECA, F.M. A mãe e o desenvolvimento infantil nas teorias psicanalíticas. **Rev. da Universidade Ibirapuera**, São Paulo, v.4,p. 11-16, jul./dez. 2012.
- FONSECA, B. C. R. A construção do vínculo afetivo mãe-filho na gestação. **Revista científica de Psicologia**, v.8, n. 14, maio 2010. Disponível em: <<http://www.editorialfaef.com.br>>. Acesso em: 20 nov. 2016.
- FORTES, A. F. A.; SOANE, A. M. N. C. **Diretrizes e metodologia científica para a elaboração de projetos e trabalhos de conclusão de curso na EEWB: manual de norma e diretrizes básicas**. 2012. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem) – Escola de enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá, 2012.
- FREIPE, G.A. **Casa grande e senzala: a formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1978.
- FREITAS, L. V.; SCARABEL, C. A.; DUQUE, B. H. As implicações da depressão pós-parto na psique do bebê: considerações da Psicologia Analítica. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 30, n. 69, p. 253-263, abr./jun. 2012.
- GORETTI, A. C. S.; ALMEIDA, S. F. C.; LEGNANI, V. N. A relação mãe-bebê na estimulação precoce: um olhar psicanalítico. **PEPSIC Periódicos eletrônicos em Psicologia - Estilos clín.** São Paulo, v. 19, n. 3, dez. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v19i3p414-435>>. Acesso em: 23 dez 2016.

GUERRA, E. L. A. **Manual pesquisa qualitativa**. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação, 2014.

KLEIN, M. O desmame In: _____. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

LEBOVICI, S. **O bebê, o psicanalista e a mãe**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

MARCHETTI, D.; MOREIRA, M. C. Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? **Rev. Psicologia e Saúde**, v.7, n.1, p. 82-89, jan./jun. 2015.

MARCIANO, R. P.; AMARAL, W. N. O vínculo mãe-bebê da gestação ao pós-parto: uma revisão sistemática de artigos empíricos publicados na língua portuguesa. **Rev.Fem.**, v. 43, n. 4, jul./ago. 2015.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORI, S. E. **Mitos e crenças sobre o aleitamento materno**. Viçosa, MG: Universidade Federal de Viçosa, 2011.

MATHELIN, C. **O sorriso da Gioconda**: clínica psicanalítica com bebês prematuros. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14.ed.São Paulo:HUCITEC, 2014.

MUYLAERT, C. J. et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Rev. Esc. Enfer. USP**, v. 48, n. esp., p. 2,193-199, 2014.

MOURA, M. M. D. de; GUIMARÃES, M. B. L.; LUZ, M. Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu**, v. 17, n. 45, abr./jun., 2013.

NETO, J. A. S.; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 372-720, abr./jun. 2010.

ODENT, M. **Pode a humanidade sobreviver à medicina?** Rio de Janeiro: Instituto Michel Odent, 2016.204 p.

OLIVEIRA, R. R. et al. Nascimento prematuro e assistência pré-natal: revisão integrativa à luz de Canguilhem. **Rev. Fund. Care online**, v. 8, n. 3, p. 616-622, jul/set, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9780/2175-5361.2016.v8;3.4616-4622>>. Acesso em: 14 set. 2017.

PADILHA, J. F.; STELL, E. M. S.; BRAZ, M. M. **Método Mãe-Canguru:** repercussões sobre a amamentação e aspectos clínicos de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. Disponível em: <<http://www.revistaprimeirainfancia.com.br/single-post/2016/08/16>>. Acesso em: 6 fev. 2017.

PADOIN, S. M. M. et al. Repercussões da internação do recém-nascido de baixo peso à mãe e sua família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Soc. Bras. Enfer. Pediat.**, v. 12, n. 2, p 131-137, 2011.

PAIM, B. J. P. **Vínculo pais-bebê em UTI Neonatal:** a educação de pais e a posição mãe-canguru; Canoas: ULBRA, 2005. 156p.

PEREIRA, L. B.; ABRÃO, A. C. F. de V.; RIBEIRO, C. A. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 55-63, jan./mar. 2015.

POLIT, D.F; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7.ed. Porto alegre: Artmed; 2011.

PONTES, G. A. R.; CANTILLINO, A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. **J. Bras. de Psiquiatr.**, Rio de Janeiro v. 63, n. 4, out./dez. 2014. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0047_20852014000400290>. Acesso em: 20 ago. 2016.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Rev. Eletrôn. Enfer.**, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 2 jan. 2018.

ROLIM, K. M. C. et al. Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta. **Rev. Rene**, v. 14, n. 3, p. 512-20, 2013.

SÁ, F. B. R. **A relação mãe-bebê prematuro intermediada pelo Método Canguru vista à luz da teoria de Winnicott.** 2011. 232 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Fernanda-Buzzinari-Ribeiro-de-Sa.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

SAMPAIO, A. R. R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato Pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em uma maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, v. 25, n. 2, p. 281-210, abr./jun. 2016.

SANTOS, N. D. et al. O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto do cuidado hospitalar. **Rev enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 65-70, jan./fev. 2014.

SCARTON, J. et al. Práticas de atenção ao parto normal: a experiência de primíparas. **Rev Fund Care**, v. 10, n. 1, p. 17-24, jan./mar.2018.

SCHMIDT, K. T. et al. Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem. **Rev Rene**, v. 12, p. 849-58, 2011.

SILVA, E. A. T. **Gestação e preparo para o parto**: programas de intervenção. O mundo da saúde, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 208-2015.2013.

SILVA, F. M. A. C. **O significado da UTI Neonatal para mãe de um bebê internado**. São Paulo (SP): Nemeton/Hospital Brigadeiro, 2006. Disponível em: <<http://psicoexistencial.com.br/Significado-UTI-neonatal.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

SILVA, M. A. M. et al. Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidade de cuidados intensivos e intermediários neonatais. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v.17, n. 4, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/896>>. Acesso em: 24 set. 2016.

SPEHAR, M. C; SEIDL, E. M. F. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e auto eficácia. **Rev. Psicol. estud.**, Maringá, v. 18, n. 4, out./dez. 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Estudo faz alerta sobre a situação da prematuridade no Brasil**. 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.htm>. Acesso em: 5 out. 2016.

WERNET, M. et al. Reconhecimento materno na unidade de cuidados intensivo neonatal. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 68, n.2, mar./abr. 2015

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. In:_____. (Org.). **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.p. 218-232.

_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento para Coleta de Dados

Dados da mãe

Nome: _____

Data Nasc. ____/____/____ Idade: ____ Escolaridade: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

____ Município: _____ UF: _____ Telef.: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Estado civil: _____

1- Dados ginecológicos:

Antecedentes obstétricos:

Gesta: _____ Paridade: _____

Aborto: Espontâneo: _____ Provocado: _____

Gravidez corrente:

Pré-natal? () sim () não Nº de consultas: _____

Local: _____

DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____

Infecções? () sim () não

Tipo de parto? () vaginal () cesáreo

2- Dados do recém-nascido:

DN: ____/____/____ Hora: _____ Sexo () F () M

Peso: _____ Est.: _____ PC: _____

Apgar ____/____ IGestacional: _____

Diagnóstico: _____

Dias de Internação: _____

Sob uso de O2? () não () sim : () OXIHOOD

() CPAP NASAL

() VMI

OBS.: _____

Roteiro para OBSERVAÇÃO

- 1- Estado geral da mãe:(deambulando, debilitada, higienizada, fácies de dor...)

- 2- Como ela chegou até o leito do bebê? (sozinha, acompanhada, com o pai, com algum profissional...)

- 3- Como ela reage diante do filho na incubadora ? (reação)

- 4- Como ocorre o primeiro contato? (toque suave, toque firme, posição canguru...)

- 5- Reação da mãe ao primeiro toque:

- 6- Reação da mãe ao segundo toque:

- 7- Reação da mãe na Posição Canguru:

Registro da SaO2 RN antes de iniciar a Posição

Canguru:_____

Registro da SaO2 RN durante a Posição

Canguru:_____OBS.:_____

Perguntas norteadoras:

1- Você poderia me contar como aconteceu o nascimento do seu bebê?

2- Como tem sido para você a experiência de ter um bebê prematuro?

O que você pensou ao ver pela primeira vez seu bebê, na UTIN, dentro de uma incubadora?

O que você sentiu ao tocar no seu bebê e em colocá-lo na posição canguru?

3- Você acha que ter colocado o bebê na posição canguru fez alguma diferença?

APÊNDICE B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A Sra. está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Contato pele a pele: sob a ótica das mães de prematuros internados em unidade de tratamento intensivo neonatal”, a ser desenvolvida pela enfermeira Natércia Maria Moura Bruno. O objetivo da pesquisa é conhecer a percepção materna sobre o contato pele a pele com seu bebê prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Sua participação será realizada por meio de uma entrevista contendo questões norteadoras sobre o tema. Sua participação é fundamental e possibilitará aos enfermeiros compreender como poderão ajudar as mães nos cuidados com seus bebês recém-nascidos. Os riscos serão mínimos como: desconforto, constrangimentos que serão amenizados pela entrevistadora. Asseguro-lhe total sigilo do seu nome, dos dados coletados e o direito de se retirar desse estudo, em qualquer momento se assim desejar, sem que isso lhe traga prejuízo. Você não fará pagamento e nem receberá dinheiro, para participar dessa pesquisa. Este termo de consentimento será elaborado em duas vias, uma para você e outra para os arquivos do projeto. Caso tenha dúvidas entre em contato com a pesquisadora 32015405. E-mail: naterciabruno@hotmail.com, Telefone: (85) 986097544. O Conselho de Ética da Instituição também está disponível pelo telefone: (85) 31015354 (TELEFONE DO CEP DO HGCC) .

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a), compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Fortaleza, ___/___/___

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa chamada “O encontro entre o bebê prematuro e sua mãe através do contato pele a pele na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal” a ser realizado no Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira, especializado no tratamento de recém-nascidos prematuros, referência para o estado do Ceará em Método Canguru. A pesquisa ocorrerá de forma simples, com uma entrevista, em que você irá responder questões sobre sua experiência e suas impressões sobre sua participação no uso da tecnologia do contato pele a pele em posição canguru. Solicitamos sua autorização para fotografarmos a atividade desenvolvida. Os riscos e desconfortos com sua participação serão mínimos, tendo em vista que tudo ocorrerá como um momento divertido seguido de uma conversa sobre o que você achou. Caso venha a sentir-se mal em algum momento, poderemos interromper e retomar quando sentir-se mais confortável. As informações obtidas nessa pesquisa servirão de incentivo para a continuidade no uso dessa tecnologia visando um cuidado terapêutico mais humanizado no espaço intra-hospitalar. Esclarecemos que você, assim como seu responsável, não terão nenhum custo, nem receberão pagamento, sendo livres para participar ou recusar-se a continuar na pesquisa, sem qualquer modificação na forma em que são atendidos(as) na unidade. Além desse termo de assentimento, seu pai (ou mãe) assinarão um termo de consentimento quanto a sua participação, impressos em duas vias, uma a ser entregue a vocês e a outra a ser arquivada pelo pesquisador responsável para os arquivos do projeto. Todo o material da pesquisa ficará arquivado sob a responsabilidade do pesquisador por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos, ficando os resultados à sua disposição quando finalizada. Caso tenha dúvidas, a pesquisadora responsável pelo estudo, Natércia Maria Moura Bruno, encontra-se disponível no telefone (85)3101-5405. O Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira encontra-se disponível para maiores esclarecimentos pelo telefone (85) 3101-5336.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora, compreendi para que serve o estudo e o processo da pesquisa. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento e que não teremos despesas e ou pagamento por essa participação. Assim, concordo em participar e autorizo registro fotográfico.

Fortaleza, ___/___/___

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

ANEXO

ANEXO A – Carta de Anuência

Declaramos, para os devidos fins, que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “***A percepção das mães sobre o encontro com seu bebê prematuro através do contato pele a pele na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal***” a ser realizado pela enfermeira Natércia Maria Moura Bruno, o qual terá todo apoio do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), e será efetivado no Centro de Neonatologia (CENEO) dessa instituição, com o objetivo de analisar como a mãe se sente ao vivenciar o contato pele a pele com seu bebê prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal deste hospital.

Fortaleza, 22 de fevereiro de 2017.

Dr.^a Maria Willzni Rios Bruno
Diretora do Centro de Neonatologia (CENEO)